FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1967 No 117

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roland Charles WOEHRLE

né le 8 août 1941 à Strasbourg (Bas-Rhin)

Contribution à l'étude de l'absentéisme.

Président: Mr A. J. CHAUMONT, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1901 N° 117

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roland Charles WOEHRLE

Contribution à l'étude de l'absceptémie.

Président : M. [illegible] CHAUFFARD, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1967 No 117

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roland Charles WOEHRLE

né le 8 août 1941 à Strasbourg (Bas-Rhin)

Contribution à l'étude de l'absentéisme.

Président: Mr A.J. CHAUMONT, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. CLAVERT Jean
Doyens honoraires	CALLOT Jacques
	FONTAINE René
Assesseur	CALLOT Jacques

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.	
ARON Claude	Histologie
BASSET André	Clinique Dermatologique
BUCK Paul	Chirurgie Infantile
CALLOT Jacques	Parasitologie
CHAMBRON Jacques	Physique Biologique
CHAUMONT André	Médecine Légale et Sociale
CLAVERT Jean	Embryologie et Morphologie expérimentale
FONTAINE René	Clinique Chirurgicale A
GANDAR Robert	Clinique Gynécologique et Obstétricale I
GREINER Georges	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
GROS Charles	Electro-Radiologie
JUNG Adolphe	Chaire de Pathologie et Clinique Séméiologique Chirurgicales
KAMMERER Théophile	Clinique Psychiatrique
KAYSER Charles	Physiologie
KLEIN Marc	Biologie Médicale
KORITKE Jean-Georges	Anatomie Normale
LE GAL Yvon	Anatomie Pathologique
MANDEL Paul	Chimie Biologique
METZ Bernard	Physiologie Appliquée
METZGER Henri	Thérapeutique
MINCK Raymond	Chaire de Bactériologie, Virologie et Immunologie Générale
MULLER Pierre	Clinique Gynécologique et Obstétricale 2
NORDMANN Jean	Clinique Ophtalmologique
OUDET Pierre	Pneumo-Phtisiologie
SACREZ Robert	Pédiatrie et Puériculture
SCHWARTZ Jean	Pharmacologie et Médecine expérimentale
STAHL Jules	Clinique Médicale B
STEPHAN Frédéric	Pathologie expérimentale
THIEBAUT François	Clinique Neurologique
VEDRINE Jean	Stomatologie
WAITZ Robert	Hématologie
WARTER Julien	Clinique Médicale A
WEISS Alfred	Clinique Chirurgicale B
N...	Hydrologie
N...	Hygiène

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.	
BRONNER Albert	Clinique Ophtalmologique
KARLI Pierre	Biologie Médicale
MARESCAUX Jean	Histologie
MARX Charles	Physiologie
MAYER Georges	Hématologie
ROHMER Francis	Clinique Neurologique
SEROR Joseph	Pathologie Chirurgicale
WINCKLER Georges	Anatomie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	
BATZENSCHLAGER André	Anatomie Pathologique
BOLLACK Claude	Clinique Chirurgicale A
BURGHARD Guy	Pneumo-Phtisiologie
DORNER Marc	Clinique Médicale B
KIRN André	Hygiène
LAVILLAUREIX Jean	Bactériologie
MANTZ Jean-Marie	Clinique Médicale A
MARCOUX François	Médecine Légale
WITZ Jean-Paul	Clinique Chirurgicale B

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.	
ADLOFF Michel	Clinique Chirurgicale B
APROSIO Norbert	Anatomie
ASCH Léopold	Clinique Médicale A
BLOCH Roger	Pharmacologie
BOCKEL René	Clinique Médicale B
BRINI Alfred	Clinique Ophtalmologique
CHAMBON Pierre	Chimie Biologique
EBTINGER René	Clinique Psychiatrique
FINCKER Louis	Clinique Médicale B
GAUTHIER-LAFAYE Pierre	Département d'Anesthésiologie
GRENIER Jacques	Clinique Chirurgicale B
HERAN Jacques	Pathologie expérimentale
ISCH François	Clinique Neurologique
ISRAEL Lucien	Clinique Psychiatrique
JAHN Henri	Clinique Médicale B
JUIF Jean	Pédiatrie et Puériculture
KEILING Roger	Electro-Radiologie
KELLER Bernard	Gynécologie et Obstétrique (2) (Maternité)
KEMPF François	Electro-Radiologie (Clinique Médicale A)
KEMPF Ivan	Pathologie Chirurgicale (Centre de Traumatologie)

KIENY René	Clinique Chirurgicale A
KREMER Michel	Parasitologie
LANG Gabriel	Hôpital Orthopédique Stéphanie
LEVY Jean-Marc	Pédiatrie et Puériculture
MALEVILLE Jean	Clinique Dermatologique
MAURER Charles	Clinique Médicale B
Mme MAYER Simone	Hématologie
PHILIPPE Emile	Anatomie Pathologique
ROEGEL Emile	Pneumo-Phtisiologie
ROHMER Albert	Institut de Puériculture
SACREZ André	Clinique Médicale A
SCHAFF Georges	Physiologie
SCHNEEGANS Ernest	Pédiatrie et Puériculture
SCHWINGT Eugène	Clinique Chirurgicale B
SIBILLY Abel	Clinique Chirurgicale A
VERGNES René	Physique Biologique
VINCENDON Guy	Chimie Biologique
VOEGTLIN Raymond	Clinique Médicale A
WACKENHEIM Auguste	Electro-Radiologie (Clinique Neurologique)
WALTER Jean-Pierre	Electro-Radiologie
WARTER Pierre	Electro-Radiologie (Clinique Chirurgicale A)
WEILL Jean-Pierre	Clinique Médicale A
WILLARD Daniel	Pédiatrie et Puériculture

PROFESSEUR ASSOCIE

M. PHILIPPIDES Demètre — Clinique Neurologique

A G R E G E S

MM. CHAMPY Maxime	Stomatologie
FRANK Robert	Stomatologie
KLOTZ Gilbert	O.R.L.
MEHL Jacques	Médecine Légale

AGREGES LIBRES

MM. BEYER Paul
FORSTER Emile
HOLLENDER Louis
KUHLMANN Daniel
KUNTZMANN Jean
MULLER Jean-Nicolas

DIRECTEUR DE L'INSTITUT DENTAIRE

M. le Professeur VEDRINE Jean

CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE

MM. MOISE, SINGER, TISSIER

SECRETAIRE PRINCIPAL DE LA FACULTE DE MEDECINE

M. Gilbert KIEHL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARON Max
BURGER Paul
BENOIT Jacques
ROEDERER Jean
ROHMER Paul
SCHMID Frédéric
THIODET Jean
VINTEMBERGER Pierre

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les improuver.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

A ma femme,
avec toute mon affection et ma tendresse

A mes filles, Nadine et Sylvie

A mes parents,
avec toute ma gratitude et ma reconnaissance

A ma famille,

A mes amis,

A Monsieur le Professeur CHAUMONT
Directeur de l'Institut de Médecine Légale
et de Médecine Sociale

qui nous a accueilli avec bienveillance
dans son Institut

qui, tout au long de ce travail, fut un
guide précieux

et qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur MARCOUX

A Monsieur le Professeur MEHL

qui, par leurs conseils éclairés et généreux, nous furent d'une aide très précieuse et qui nous font le grand honneur de juger ce travail

A Monsieur le Professeur WACKENHEIM

avec toute notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous a prodigués avec amitié tout au long de nos études.

A Monsieur VOEGELE,

Directeur-Adjoint de la Caisse Primaire de
Sécurité Sociale de Mulhouse

Au Docteur TEULIE,

Médecin-Chef du Contrôle Médical de la
Caisse Primaire de Sécurité Sociale de Mulhouse

qui surent nous recevoir avec amitié
et qui furent pour nous des conseillers
techniques bienveillants et patients.

Au Docteur ROGGAN, Médecin-Conseil

Au Docteur IMBS, Médecin-Conseil

Au Docteur KOEGLER, Médecin du Travail

Au Docteur THEVENIN, Médecin du Travail

A tous ceux qui contribuèrent à la réalisation de ce travail

avec nos remerciements

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ABSENTEISME

L'absentéisme est actuellement un problème très préoccupant dans la société moderne. Toutes les puissances économiques en ont pris conscience et essayent, par une multitude d'enquêtes, de recherches statistiques, d'échanges de vue, de tenter de trouver des solutions à ce phénomène, qui, pour certains économistes, est un véritable fléau. Les divers organismes patronaux qui se sont penchés sur la question estiment que l'absentéisme est responsable par an, en France, de 235 millions de journées de travail perdues.

Dans notre pays, il est indéniable que l'absentéisme, sous sa forme actuelle, a pris naissance après la deuxième guerre mondiale, sensiblement à la même époque que la création de la Sécurité Sociale. Dans les autres pays européens, notamment en Grande-Bretagne, les économistes et les chefs d'entreprise commencèrent également à s'inquiéter des méfaits grandissants occasionnés par l'absentéisme. L'Allemagne, du fait de son marasme économique de l'après-guerre, ne connut le problème de l'absentéisme qu'au moment où commençait une expansion nouvelle, c'est-à-dire vers le début de I95I. Mais très vite, l'absentéisme y prit les mêmes proportions que chez ses voisins européens et semble même, depuis I957, prendre une recrudescence notoire : celle-ci fut imputée à une loi sociale nouvelle qui ordonnait le paiement du plein salaire aux salariés en cas de maladie. Un des derniers pays européens qui, jusqu'à il y a peu de temps, n'attachait pas une importance particulière au problème, était la Confédération Helvétique. Néanmoins, l'alarme a été donnée depuis quelques années déjà par la Médecine du Travail Suisse.

Aux Etats-Unis, il est indiscutable que le problème de l'absentéisme se pose avec la même acuité. Il suffit, pour s'en rendre compte, de consulter les statistiques et les courbes d'absentéisme de grandes entreprises américaines, déjà à partir de I945.

Dans les pays socialistes et dans ceux du Tiers-Monde, il semble de prime abord qu'il est difficile de discerner un problème de l'absentéisme. Du fait du système politique et économique totalement différent du nôtre, il serait étonnant que l'absentéisme, sous la forme sous laquelle nous le connaissons, ait seulement le droit d'exister dans les régimes socialistes. Dans les pays du Tiers-Monde, du fait du sous-

développement, des difficultés économiques et politiques, il serait surprenant que les privilégiés que sont ceux auxquels est offerte la chance de travailler, se distinguent par leur absentéisme.

De ce très rapide tour d'horizon se dégage la notion suivante : l'absentéisme est un problème des pays qui ont atteint un degré de prospérité important, qui ont des régimes politiques libéraux et qui enfin, par leurs lois sociales, garantissent la sécurité du travailleur en cas d'inaptitude au travail.

Le but de ce travail est limité. Il n'a nullement la prétention de faire une étude complète du problème de l'absentéisme, ce qui d'ailleurs s'avèrerait impossible du fait de sa complexité. D'autre part, son intention n'est pas de proposer des solutions. Son objectif principal est seulement d'examiner les aspects médicaux de l'absentéisme et de préciser jusqu'à quel point la responsabilité des médecins peut être engagée dans l'existence et dans l'augmentation constante de ce dernier.

Pour mener ce travail à bien, il s'agissait d'abord de rassembler des données numériques, de rapporter des chiffres qui objectivent le problème de l'absentéisme. L'organisme qui, en premier lieu, paraissait pouvoir fournir les éléments les plus valables, et à l'échelle la plus importante, était la Sécurité Sociale. Ainsi, des statistiques d'absentéisme ont été, de bonne grâce, mises à notre disposition : des renseignements très intéressants en furent retirés au niveau des Caisses Primaires et des Caisses Régionales. Par contre, il fut pratiquement impossible d'établir des statistiques valables d'absentéisme sur le plan national pour des raisons que nous examinerons ultérieurement. Les enquêtes organisées par d'importants groupements industriels nous fournirent des chiffres très intéressants sur l'absentéisme dans leurs propres établissements. Enfin, les services du personnel de certaines entreprises nous ont permis de consulter leurs propres taux d'absence. Des statistiques étrangères nous furent également communiquées, et, parmi celles-ci, les allemandes se révélèrent très sérieuses et complètes : ceci est dû au fait que depuis une dizaine d'années, l'étude et la recherche de solutions à ce problème ont mobilisé un grand nombre de spécialistes en Allemagne Fédérale.

Naturellement, tout ceci représentait un intéressant assemblage de chiffres, de courbes et de taux d'absentéisme, dont une première interprétation nous a amené à certaines conclusions. Mais l'analyse de ces faits fondamentaux ne

pouvait se faire qu'avec l'aide de spécialistes. Et c'est là qu'apparaît la complexité du problème de l'absentéisme qui intéresse, à des titres divers, beaucoup de gens : les chefs d'entreprise par les répercussions économiques, les salariés par leur droit à la sécurité et à la stabilité de l'emploi, les caisses d'assurances sociales par les dépenses créées par la couverture des indemnités journalières et par le contrôle d'éventuels excès, les sociologues par la signification sociale de l'absentéisme, les psychologues par la recherche des motifs individuels poussant à l'absentéisme et enfin les médecins, dans la mesure où absentéisme est synonyme de morbidité.

Définition

Il serait logique, avant de commencer l'étude de l'absentéisme, d'essayer de définir ce terme, mais déjà à ce premier stade les avis diffèrent. La plus simple, mais aussi la plus judicieuse des définitions nous semble être celle proposée par Th. MARTI, de Genève. Pour cet auteur, le terme d'absentéisme exprime le fait d'être absent au travail. Il distingue ainsi un absentéisme global, groupant toutes les causes d'absence y compris congés légaux, absences autorisées, absences non justifiées, etc... et un absentéisme médical ayant pour origine la maladie. Th. MARTI propose également le mot d'absentéite pour désigner les absences répétées.

Nous nous proposons dans une première partie, de montrer l'existence et l'augmentation de l'absentéisme. Puis, nous étudierons les divers aspects et problèmes de l'absentéisme par maladie. Cette partie sera suivie d'un essai de classification des facteurs intervenant dans l'absentéisme en général. Enfin, très rapidement, nous passerons en revue quelques propositions de solution au problème de l'absentéisme.

I - ETUDE STATISTIQUE DE L'ABSENTEISME

I) DIFFICULTES D'INTERPRETATION DES COURBES

De nombreuses statistiques existent sur l'absentéisme. Toute entreprise ayant un certain nombre de salariés fait tenir par son service du personnel, un relevé quotidien des absences avec calcul des taux d'absentéisme. De cette façon, les services administratifs peuvent organiser leur plan de travail : recrutements, mutations, création de nouveaux postes, etc... Les Caisses Primaires de Sécurité Sociale fournissent, d'autre part, dans leurs rapports d'activité annuels tous les renseignements concernant le nombre de journées indemnisées à titre d'inaptitude au travail par maladie, accident de travail, maternité. La synthèse de ces rapports est faite au niveau des Caisses Régionales de Sécurité Sociale qui publient à leur tour leurs rapports d'activité. Les statistiques étrangères sont également accessibles dans les rapports, les enquêtes économiques et sociales publiés dans les différents pays. Il n'existe donc pas de difficultés particulières dans la recherche des données numériques sur l'absentéisme. Mais là où le problème se complique singulièrement, c'est dans l'interprétation rigoureuse et exacte de ces chiffres et de ces courbes.

Nous avons par exemple, été frappés par la dissemblance des taux d'absentéisme obtenus dans des entreprises très voisines par le nombre de salariés, leurs conditions de travail et la nature du travail effectué. Nous avons, après avoir interrogé les responsables du personnel, découvert que les uns, dans leurs statistiques, tenaient compte de toutes les absences, y compris les congés payés, les congés accordés par les conventions collectives du travail, et que les autres n'incluaient dans les taux d'absentéisme que les absences justifiées par un certificat médical. D'autre part, les méthodes de calcul de l'absentéisme, sur lesquelles nous reviendrons, sont nombreuses. Enfin, dans l'étude comparative de l'absentéisme d'un pays à l'autre, il faut se montrer très prudent car un grand nombre de facteurs variables interviennent. Ainsi, nous avons, en France, un absentéisme par accidents de travail très élevé par rapport à d'autres nations : mais il ne faut pas oublier que nous faisons rentrer dans la catégorie accidents de travail, les accidents de trajet, alors que dans d'autres pays, ce n'est pas le cas.

Une autre difficulté, et à notre avis la plus importante, réside dans le fait que ces statistiques ne sont que des chiffres : par exemple, parmi tous les cas d'absentéisme sous couvert de "maladie", on trouve certainement un grand nombre d'absences dont les motifs véritables, mais cachés et inavoués, n'ont rien à voir avec cette dernière : ceci ne transparaît pas dans les données numériques. D'autre part, les causes réelles et profondes de l'absentéisme sont bien connues mais elles ne peuvent être affirmées ou invoquées qu'intuitivement : il va de soi qu'un individu inapte "officiellement" au travail pour affection grippale, mais en réalité pour convenances personnelles, ne s'en vantera pas et ne l'avouera certainement pas à un enquêteur chargé d'établir les vraies causes de l'absentéisme, même si cela se fait anonymement par cartes-questionnaires.

Néanmoins, de l'étude des statistiques, découlent deux faits fondamentaux : l'existence de l'absentéisme et surtout une tendance à l'augmentation de ce dernier.

Avant d'aborder la présentation des statistiques, il est indispensable d'examiner par quelles méthodes de calcul elles ont été obtenues.

2) METHODES DE CALCUL DE L'ABSENTEISME

Elles sont nombreuses et varient d'une enquête à l'autre. Elles sont certainement toutes valables et, d'ailleurs, il n'est pas de notre ressort d'en discuter, aussi nous contenterons-nous de l'énumération rapide des méthodes les plus fréquemment employées.

Chez un grand nombre d'auteurs, et d'enquêteurs, une évaluation du taux d'absentéisme résulte du calcul suivant.

$$\frac{\text{Nombre de journées de travail}}{\text{Nombre de journées d'absence}}$$

Pour l'estimation, par les Caisses de Sécurité Sociale, de la durée moyenne de maladie par assuré, est utilisé le rapport suivant :

$$\frac{\text{Nombre de journées indemnisées}}{\text{Nombre d'assurés obligatoires du régime général}}$$

Dans un grand nombre d'entreprises et de collectivités diverses de salariés, sont appliqués les deux systèmes

ci-dessous (nous avons notamment retrouvé ces éléments dans un rapport d'activité d'un grand hôpital de la région) :

Taux global des absences :

$$\frac{\text{Nombre de jours d'absence x 100}}{\text{Nombre de jours de travail}}$$

au dénominateur est retranchée la somme des jours de congés annuels.

Taux de fréquence des absences par salarié :

$$\frac{\text{Nombre d'arrêts de travail}}{\text{Nombre de salariés}}$$

Dans les tableaux d'absentéisme très complets dressés par les auteurs allemands, les taux d'absentéisme sont en général évalués selon trois critères :

- fréquence des absences par salarié
- nombre de jours d'absence dans l'année par salarié
- durée moyenne d'une absence

Cette méthode a notamment été utilisée par W. WILHELM (102). Dans les statistiques publiées par les Caisses d'assurances sociales allemandes, les calculs ont été effectués à peu près sur les mêmes bases.

3) EVOLUTION DES TAUX D'ABSENTEISME AU COURS DES DERNIERES ANNEES

Nous avons pensé, pour étudier ce chapitre, faire appel aux statistiques d'absentéisme de deux pays : la France et son partenaire du Marché Commun, l'Allemagne de l'Ouest.

Pour la France, nous nous sommes adressés à l'institution qui, à notre avis, était la mieux placée pour nous renseigner à une vaste échelle : la Sécurité Sociale.

A l'échelon des Caisses Primaires, il nous a semblé très intéressant de nous pencher sur l'évolution des taux d'absentéisme, non pas des affiliés, mais des agents mêmes de la Caisse.

A l'échelon régional, grâce aux deux données suivantes : Nombre d'assurés obligatoires du régime général (c'est-à-dire uniquement les salariés assurés) et le nombre

de journées indemnisées pour inaptitude au travail par maladie, accident du travail et maternité, il nous a été aisé de définir la durée moyenne de maladie par assuré.

Mais à l'échelon national, nous avons déploré l'impossibilité d'établir des statistiques exactes. Bien sûr, on peut dire qu'ilaurait suffi de faire la synthèse des éléments communiqués par les Caisses Régionales. Seulement, toutes les Caisses Régionales ne fournissent pas des éléments aussi précis. Et surtout, à l'échelon national, le nombre des assurés sociaux est difficilement estimable du fait de difficultés administratives sur lesquelles il ne nous appartient pas de nous étendre ; d'autre part, dans les chiffres globaux d'affiliés à la Caisse sont incluses les catégories importantes que représentent : les ayant-droits, les titulaires de pensions vieillesse, etc... dont l'introduction dans les chiffres servant au calcul de l'absentéisme rendrait ce dernier caduc.

Pour l'Allemagne de l'Ouest, nous avons trouvé des statistiques très intéressantes sur l'absentéisme, établies par les deux groupements de Caisses d'assurances sociales : les Caisses d'entreprises d'une part ("Betriebskrankenkasse"), les Caisses de maladie en général ("Ortskrankenkasse")

Dans le tableau I nous avons indiqué l'absentéisme du personnel d'une Caisse Primaire de Sécurité Sociale de la circonscription de la Caisse Régionale de STRASBOURG. (voir tableau page suivante).

Ce taux d'absentéisme a été défini à partir des absences pour maladies, maternités et accidents du travail (rares). La constatation la plus évidente qui se dégage de l'étude de ce tableau est une tendance très marquée à l'augmentation de l'absentéisme au sein du personnel de cette Caisse Primaire. Un autre élément important à retenir est la proportion de l'absentéisme chez les agents-femmes par rapport à leurs collègues masculins : à peu près le double. Nous retrouverons pratiquement dans toutes les données statistiques, cette disproportion entre l'absentéisme féminin et l'absentéisme masculin.

TABLEAU I

Absentéisme du personnel d'une Caisse Primaire de Sécurité Sociale

ANNEES	AGENTS HOMMES	FEMMES	ENSEMBLE
I952	2,79	4,85	4,II
I953	3,64	7,04	4,79
I954	2,72	6,49	3,98
I955	3,36	5,74	4,I7
I956	3,I6	8,07	4,87
I957	2,86	7,93	4,73
I958	3,59	9,39	5,68
I959	3,68	9,49	5,79
I960	3,I6	I0,74	5,85
I96I	3,65	8,4I	5,4I
I962	3,95	8,7I	5,82
I963	5,75	9,70	7,40
I964	5,67	9,08	7,I0
I965	5,09	II,56	7,93
I966	6,27	I0,55	8,I2

Au niveau de la Caisse Régionale de Strasbourg, nous avons pu déterminer (Tableau II) la durée moyenne de maladie par assuré. Evidemment, ces éléments ne nous ont pas renseignés sur la fréquence des arrêts de travail chez ces affiliés : mais indirectement, l'allongement de cette durée de maladie corroborait l'hypothèse de l'augmentation de l'absentéisme. La durée moyenne était obtenue par l'opération suivante : la division du nombre total de journées indemnisées par le nombre d'assurés obligatoires ayant droit aux indemnités journalières.

TABLEAU II

Durée moyenne des cas de maladie par assuré (C.R.S.S. STRASBOURG)

ANNEE	NOMBRE D'ASSURES OBLIGATOIRES DU REGIME GENERAL (cotisant tous risques) Situation au 3I.I2.	NOMBRE DE JOURNEES INDEMNISEES AU TITRE DE l'ASSURANCE MALADIE	DUREE MOYENNE DE MALADIE PAR ASSURE
I952	523.5I4	4.065.303	7,76
I953	530.556	4.397.609	8,28
I954	537.000	4.470.788	8,32
I955	547.329	5.32I.045	9,72
I956	56I.3I2	7.473.826	I3,3I
I957	575.277	8.I89.274	I4,23
I958	575.920	8.I47.5I7	I4,I4
I959	576.6I2	7.945.840	I3,78
I960	589.875	8.783.95I	I4,88
I96I	607.623	9.346.909	I5,38
I962	636.335	I0.4I8.640	I6,37
I963	662.459	II.228.739	I6,95
I964	674.I69	II.I62.800	I6,55
I965	673.833	II.32I.388	I6,80
I966	679.283	II.004.I67	I6,20

Il faut signaler qu'antérieurement au I.7.I955, les indemnités versées sous formes d'allocations mensuelles aux assurés bénéficiant de l'assurance "Longue Maladie", ne sont pas comprises dans les chiffres de la statistique : ceci explique le saut de plus de 2 millions de jours indemnisés et l'allongement important de la durée moyenne de maladie. D'autre part, il ne s'agit que de journées indemnisées au titre de maladie donc les journées payées au risque d'accidents du travail ne sont pas considérées.

Ce tableau montre d'une façon indirecte l'augmentation de l'absentéisme, que l'on retrouve d'une façon flagrante dans les statistiques allemandes.

H. STIRN et H. PAUL (92) et leurs collaborateurs, dans l'importante enquête effectuée sur l'absentéisme, présentent deux tableaux concernant les cas d'inaptitudes au travail et le nombre de journées d'incapacité de travail pour les assurances sociales, et les cas d'inaptitudes au travail et le nombre de journées d'incapacité de travail pour les caisses d'entreprise. (voir tableaux ci-après)

TABLEAU III

Cas et nombre de jours d'incapacités de travail dans les Assurances Sociales Allemandes
(d'après PAUL et STIRN)

ANNEES	Cas d'incapacités de travail pour I00 membres			Nombre de jours d'incapacité de travail par membre			Nombre de jours d'incapacité de travail par cas		
	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total
I938	46,I	38,4	43,4	9,7	9,2	9,5	2I,2	23,8	22,0
I95I	47,8	42,3	46,0	II,I	II,I	II,I	23,I	26,3	24,I
I952	48,6	4I,6	46,2	II,I	I0,9	II,0	22,9	26,2	23,9
I953	52,I	46,0	50,0	II,9	II,2	II,7	22,8	24,2	23,3
I954	49,I	44,4	47,5	II,2	II,2	II,2	22,9	25,2	23,7
I955	55,I	50,7	53,5	I2,I	I2,I	I2,I	22,0	23,9	22,6
I956	57,0	50,4	54,6	I2,6	I2,2	I2,5	22,2	24,2	22,9
I957	70,0	62,0	67,I	I4,6	I3,9	I4,3	20,8	22,4	2I,4
I958	67,0	58,2	63,7	I5,7	I4,2	I5,2	23,4	24,5	23,8
I959	67,9	59,0	64,6	I5,8	I4,4	I5,3	23,3	24,4	23,7
I960	74,6	64,0	70,7	I7,4	I5,6	I6,8	23,4	24,4	23,7

TABLEAU IV

Cas et nombre de jours d'incapacités de travail dans les Caisses d'Entreprises Allemandes
(d'après PAUL et STIRN)

ANNEES	Cas d'incapacités de travail pour I00 membres			Nombre de jours d'incapacité de travail par membre			Nombre de jours d'incapacité de travail par cas
	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	T O T A L
I95I	58,8	59,2	58,9	I3,2	I4,2	I3,4	22,8
I952	56,6	55,9	56,4	I3,I	I3,7	I3,3	23,5
I953	63,9	63,5	63,8	I4,5	I4,6	I4,5	22,7
I954	59,I	59,7	59,2	I3,7	I4,3	I3,9	23,4
I955	66,9	69,4	67,5	I4,9	I5,6	I5,I	22,3
I957	88,3	90,6	89,5	I8,2	I9,6	I8,5	20,7
I958	8I,6	85,5	82,6	I9,5	20,0	I9,6	23,7
I959	8I,0	85,9	82,3	I9,2	20,4	I9,5	23,7
I960	90,4	96,3	9I,9	20,8	22,3	2I,2	23,I

Nous retrouvons dans ces données numériques le même phénomène que nous avons déjà relevé ci-dessus : l'augmentation de l'absentéisme.

W. WILHELM (I02) a, de son côté, évalué l'absentéisme-maladie moyen des assurés obligatoires pour l'ensemble des Caisses de maladie de l'année I95I à I962.

TABLEAU V

ANNEES	TAUX D'ABSENTEISME
I95I	3,92 %
I952	3,96 %
I953	4,29 %
I954	4,09 %
I955	4,52 %
I956	4,77 %
I957	5,38 %
I958	5,49 %
I959	5,45 %
I960	5,98 %
I96I	6,I8 %
I962	6,35 %

Dans ces quelques données statistiques, nous constatons d'une manière uniforme l'évolution croissante des taux d'absentéisme, tant en France qu'en Allemagne. Et cela n'est pas spécifique à ces deux pays, mais se retrouve dans tous les pays occidentaux dont le degré de prospérité est assez élevé. Il est évident que l'augmentation de ce phénomène pose des problèmes inquiétants dans les domaines sociologique, économique, politique et médical.

II - ETUDE DE L'ABSENTEISME PAR MALADIE

Dans une première partie de ce chapitre, sera faite une étude de la morbidité en général : il s'agit de préciser quelles affections sont le plus souvent responsables d'absences, quelle est la durée moyenne de ces dernières et leur fréquence. En corollaire sera évoqué un problème, à notre avis, capital : les relations entre l'alcoolisme et l'absentéisme.

Dans une deuxième partie, nous tenterons de répertorier les causes responsables de l'augmentation de l'absentéisme - maladie.

Enfin, la dernière partie sera consacrée à l'étude du contrôle médical de l'absentéisme.

I) ETUDE DE LA MORBIDITE EN GENERAL. SES RAPPORTS AVEC L'ABSENTEISME

Une première constatation s'impose : les inaptitudes au travail prolongées sont relativement peu nombreuses par rapport aux incapacités de travail en général: ceci ressort bien du tableau ci-dessous extrait du "Rapport d'Activité I965" présenté par la Caisse Primaire de Sécurité Sociale de Mulhouse. (voir tableau page suivante)

TABLEAU VI

CAS DE MALADIES
(d'après C.P.S.S.-MULHOUSE)

	HOMMES	FEMMES	ENSEMBLE
I) Nombre des cas de maladies avec incapacité de travail enregistrés en I965	36.786	22.278	59.064
2) Nombre des cas de maladies de "longue durée" avec incapacités de travail enregistrés en I965	I.526	I.020	2.546
3) Nombre des cas de maladies résultant d'accidents de travail enregistrés en I965	I2.652	I.445	I4.097
4) Nombre des cas de maladies professionnelles enregistrés dans l'année I965	20	3	23

Le rapport entre les incapacités de travail pour "Maladie longue durée" (incapacité de travail excédant 6 mois mais ne pouvant dépasser 3 ans) et les incapacités de travail pour maladie en général, est le suivant :

pour les hommes : 4,I4 %
pour les femmes : 4,57 %
pour l'ensemble : 4,30 %

Les affections responsables de ces inaptitudes au travail de "longue durée" sont énumérées dans le tableau de morbidité publié dans les "Notes Statistiques de la Sécurité Sociale - I963". Ce tableau montre la répartition des maladies, qui ont entraîné un examen conjoint prévu à l'article 293 du Code de la Sécurité Sociale : cet article demande à

la Caisse de Sécurité Sociale de faire pratiquer un examen conjoint, c'est-à-dire par le médecin-conseil et le médecin traitant, du malade dont l'incapacité de travail ou les soins continus vont être supérieurs à 6 mois.

La classification des affections est faite selon la nomenclature de l'O.M.S. Les statistiques portent sur les assurés sociaux et sur les ayants-droits du régime général, y compris les régimes "fonctionnaires", "étudiants", "grands invalides, veuves et orphelins de guerre".

TABLEAU VII

Répartition par maladies du nombre des malades ayant fait l'objet de l'examen prévu à l'article 293 du Code de la Sécurité Sociale

MALADIES EN CAUSE	NOMBRE DE MALADES EXAMINES		
	Assurés	Ayants-droits	Total
0I Tuberculose de l'appareil respiratoire			
- primo-infection pathologique	2.546	I0.I6I	I2.707
- tuberculose pleurale	3.447	8I2	4.259
- tuberculose du poumon et des autres parties de l'appareil respiratoire	24.670	4.I88	28.858
02 Tuberculose, autres formes			
- des méninges et du système nerveux central	3I0	278	588
- de l'intestin, du péritoine et des ganglions mésentériques	442	I89	63I
- des os et des articulations	83I	292	I.I23
- de l'appareil génito-urinaire	I.638	38I	2.0I9
- d'autres organes ou à foyers multiples	I.I84	572	I.756
03 Syphilis et ses séquelles	264	3I	295
04 Infections gonococciques et autres maladies vénériennes			
- infection gonococcique	29	I5	44
- autres maladies vénériennes	I4	5	I9

MALADIES EN CAUSE	NOMBRE DE MALADES EXAMINES		
	Assurés	Ayants-droits	Total
05 Dysentérie, toutes formes (bacillaires, amibiennes, protozoaires)	67	I4	8I
06 Autres maladies infectieuses à point de départ généralement intestinal			
- fièvres typhoïdes, paratyphoïdes, et autres infections à salmonella	40	I	4I
- brucelloses	I7	-	I7
- autres	32	2	34
07 Maladies infectieuses communes de l'enfance (scarlatine, diphtérie, coqueluche, rougeole, oreillons)	I8	I3	
08 Typhus et autres maladies à rickettsia	6		
09 Paludisme	6	I	7
I0 Maladies dues à des helminthes	30	2	32
II Toutes autres maladies classées comme maladies infectieuses et parasitaires			
- autres maladies microbiennes	I67	78	245
- poliomyélite	342	I.I03	I.445
- autres maladies attribuables à des virus filtrants	I00	38	I38
- autres maladies infectieuses ou parasitaires	I06	4I	I47
I2 Tumeurs malignes y compris les tumeurs lymphatiques et hématopoïétiques			
- cavité buccale - Pharynx	4.0I2	297	4.309

MALADIES EN CAUSE	NOMBRE DE MALADES EXAMINES		
	Assurés	Ayants-droits	Total
- appareil digestif-péritoine	8.659	I.I47	9.806
- appareil respiratoire	4.353	338	4.69I
- sein	4.086	2.003	6.089
- utérus	2.773	I.485	4.258
- autres localisations génito-urinaires	3.774	653	4.427
- cerveau et autres parties du système nerveux	744	280	I.024
- sièges autres ou non spécifiés	3.674	852	4.526
- tumeurs des tissus lymphatiques et hémato-poiétiques	I.753	62I	2.374
I3 Tumeurs bénignes et tumeurs de nature non spécifiée			
- tumeurs bénignes (non compris les tumeurs cérébrales	356	68	424
- tumeurs cérébrales (bénignes ou de nature non spécifiée)	I52	5I	203
- tumeurs de nature non spécifiée	I09	29	I38
I4 Maladies allergiques	857	98	955
I5 Maladies du corps thyroïde et des autres glandes endocrines (non compris diabète sucré)			
- maladies du corps thyroïde	997	I27	I.I24
- maladies des autres glandes endocrines (non compris le diabète sucré)	353	57	4I0
I6 Diabète sucré	2.053	255	2.308
I7 Avitaminoses et autres maladies du métabolisme			
- avitaminoses et autres états de carence	397	83	480
- autres maladies du métabolisme	245	I6	26I

MALADIES EN CAUSE	NOMBRE DE MALADES EXAMINES		
	Assurés	Ayants-droits	Total
I8 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques			
- anémies	933	I39	I.072
- autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques	3I3	86	399
I9 Psychoses, psychoneuroses et troubles de la personnalité			
- psychoses	I3.233	4.I97	I7.430
- psychonévroses	7.786	2.456	I0.242
- troubles du caractère, du comportement, de l'intelligence	8.326	8.34I	I6.667
20 Maladies du système nerveux			
- lésions vasculaires affectant le système nerveux central	2.668	246	2.9I4
- maladies inflammatoires du système nerveux central	3I9	I04	423
- épilepsie	829	407	I.236
- sclérose en plaques	379	78	457
- autres maladies du système nerveux central	I.343	235	I.578
- maladies du système nerveux périphérique	I.426	82	I.508
2I Maladies de l'oeil	I.920	I58	2.078
22 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	372	I04	476
23 Rhumatisme articulaire aigu	706	I42	848
24 Cardiopathie rhumatismale chronique	92I	69	990

MALADIES EN CAUSE	NOMBRE DE MALADES EXAMINES		
	Assurés	Ayants-droits	Total
25 Artériosclérose des coronaires Myocardite dégénérative et autres maladies du coeur			
- artériosclérose des coronaires et myocardite dégénérative	8.867	22I	9.088
- autres maladies du coeur	6.997	263	7.260
26 Hypertension et maladies des artères			
- hypertension	5.8I2	I79	5.99I
- maladies des artères	2.684	84	2.768
27 Maladies des veines et autres maladies de l'appareil circulatoire			
- maladies des veines	2.430	I43	2.573
- autres maladies de l'appareil circulatoire	I.046	59	I.I05
28 Rhinopharyngite aiguë (rhume banal)	73	I3	86
29 Pharyngite et amygdalite aiguës Hypertrophie des amygdales et Végétations adénoïdes	II7	30	I47
30 Grippe	I03	I0	II3
3I Pneumonie et bronchopneumonie	475	5I	526
32 Bronchite	4.275	I23	4.398
33 Silicose et fibrose pulmonaire d'origine professionnelle	229	8	237
34 Toutes autres maladies de l'appareil respiratoire	6.0I0	228	6.238
35 Maladies de l'estomac, du duodenum (sauf cancer)			
- ulcères de l'estomac, duodenum	4 503	I20	4.623

MALADIES EN CAUSE	NOMBRE DE MALADES EXAMINES		
	Assurés	Ayants-droits	Total
- autres maladies de l'estomac et du duodenum	2.0I4	57	2.07I
36 Appendicite	253	7	260
37 Hernie abdominale	298	8	306
38 Diarrhée et entérite	262	32	294
39 Maladies de la vésicule et des voies biliaires	2.530	II6	2.646
40 Autres maladies de l'appareil digestif			
- cavité buccale	29I	I4	305
- oesophage	I83	I3	I96
- autres maladies de l'intestin et du péritoine	I.22I	58	I.279
- cirrhose alcoolique du foie	2.558	67	2.625
- autres maladies du foie et du pancréas	I.I4I	36	I.I77
4I Maladies de l'appareil urinaire			
- néphrite et néphrose	I.576	I54	I.730
- autres maladies de l'appareil urinaire	I.593	82	I.675
42 Maladies des organes génitaux			
- de l'homme	59I	I7	608
- de la femme	3.456	I38	3.594
43 Complications de la grossesse de l'accouchement et de l'état puerpéral	3.282	48	3.330
44 Furoncle, abcès, phlegmon et autres infections de la peau	3I6	II	327
45 Autres maladies de la peau	966	84	I.050

MALADIES EN CAUSE	NOMBRE DE MALADES EXAMINES		
	Assurés	Ayants-droits	Total
46 Arthrite et rhumatisme (sauf rhumatisme articulaire aigu)	I5.820	34I	I6.I6I
47 Maladies des os et d'autres organes du mouvement			
- maladies des os	I.907	275	2.I82
- maladies des articulations	2.305	I30	2.435
- maladies des muscles, des tendons et des aponévroses	360	63	423
- difformités ostéo-musculaires	375	I33	508
48 Malformations congénitales et maladies particulières à la première enfance			
- malformations congénitales	3I5	434	749
- pneumose du nouveau-né (moins de 4 semaines)	-	26	26
- diarrhée du nouveau-né (moins de 4 semaines)	-	3	3
- autres maladies particulières à la première enfance	48	I36	I84
49 Autres maladies et états mal définis	I2.32I	540	I2.86I
50 Accidents, empoisonnements et traumatismes	7.897	324	8.22I
TOTAL GENERAL	224.627	48.400	273.027

TABLEAU VIII

Pourcentage du nombre de malades atteints de certaines affections par rapport au nombre de malades examinés (art. 293 du Code de la Sécurité Sociale) au cours de l'année 1963

MALADIES EN CAUSE	Nombre d'examens	%
01. Tuberculose de l'appareil respiratoire	45.824	16,78 %
02. Tuberculose autres formes	6.117	2,24 %
03. Syphilis et ses séquelles	295	0,11 %
12. Tumeurs malignes	41.504	15,20 %
16. Diabète sucré	2.308	0,85 %
19. Psychose, psychonévrose, troubles de la personnalité	44.339	16,24 %
20. Maladies du système nerveux	8.116	2,97 %
23. Rhumatisme articulaire aigu	848	0,31 %
24. Cardiopathie rhumatismale chronique	990	0,36 %
25. Artériosclérose	16.348	5,99 %
26. Hypertension et maladies des artères	8.759	3,21 %
35. Maladies de l'estomac et duodenum	6.694	2,45 %
40. Autres maladies de l'appareil digestif	5.582	2,05 %
46. Arthrite et rhumatisme (sauf R.A.A.)	16.161	5;92 %
Autres affections	69.142	25,32 %
Total des malades examinés	273.027	100,00 %

Nous retrouvons dans ce dernier tableau les principales causes de morbidité et leur répartition :

- tuberculose de l'appareil respiratoire
- affections psychiatriques
- tumeurs malignes
- affections cardio-vasculaires

Ainsi, la tuberculose pulmonaire à elle seule pour I963, a été responsable de 45.824 examens conjoints pour "longue durée", c'est-à-dire I6,78 % des affections "longue durée". En deuxième position vient une catégorie spéciale : les affections psychiatriques : psychoses, psychonévroses, troubles de la personnalité, etc... Il est singulier de constater la proportion importante que représentent les maladies mentales : I6,24 % en I963. Cette proportion considérable se retrouve d'ailleurs dans d'autres enquêtes de morbidité comme nous le verrons plus loin. Les tumeurs malignes sont responsables de I5,20 % des affections entrant dans la catégorie "longue durée". En quatrième position, les maladies cardio-vasculaires totalisent 9,56 %.

Toutes ces affections "longue durée" pourtant ne sont, comme nous l'avons vu plus haut, qu'un pourcentage minime des incapacités de travail enregistrées chaque année au niveau des Caisses Primaires de Sécurité Sociale.

Les absences de courte durée représentent la plus grande proportion dans les statistiques d'absentéisme. Ces faits sont retrouvés partout. Nous citons à titre indicatif les résultats de 2 enquêtes précises

- L'U.I.M.M. dans son travail sur l'absentéisme (I06) arrive auxchiffres suivants, en tenant compte de l'absentéisme en général (à l'exclusion évidemment des congés payés et familiaux)

% du personnel	nombre de jours d'absence
45%	moins de 8 jours
40%	entre 8 et 75 jours
I0%	entre 75 et I50 jours
5%	plus de I50 jours

Dans les absences pour maladies, les enquêteurs de l'U.I.M.M. ont obtenu les précisions suivantes :

I/4 des journées d'absences proviennent de maladies ne dépassant pas I0 jours. Le nombre de

jours d'absence pour maladies le plus fréquent est : 5 - 6 - 7 jours, puis IO - II jours.

- P. REY (cité in 80), en étudiant l'absentéisme dans 8 usines d'horlogerie en Confédération Helvétique, obtient les chiffres ci-dessous :

TABLEAU N° IX

Durée d'une absence pour maladies	Hommes	Femmes
I jour	36 %	49 %
2 - 3 jours	2I %	I6 %
4 - 6 jours	I8 %	I2 %
7 - 25 jours	I8 %	I6 %

Dès lors, il est intéressant de rechercher les affections entraînant ces arrêts de travail de courte durée, ainsi que leur fréquence. Là, nous avons rencontré un nouvel obstacle : dans la majorité des Caisses Primaires, le diagnostic initial n'est pas demandé au médecin traitant, lors de la mise en arrêt de travail du malade. De ce fait, dans un très grand nombre de cas d'inaptitude au travail, il est impossible de retrouver la cause pathologique. Enfin, comme nous y reviendrons plus loin, une proportion importante d'arrêts de travail brefs échappent complètement au contrôle médical de la Sécurité Sociale.

Il ne nous restait donc plus qu'à nous retourner vers des statistiques faites à l'échelon de grandes entreprises par leurs médecins du travail. Celle de P. LE BRETON(55) a retenu notre attention : il l'a établie sur une tranche de 3 ans au niveau d'une entreprise groupant environ 3 500 ouvriers. L'auteur a répertorié le nombre de cas par rapport à chaque affection et en a établi la proportion pour I 000. Les résultats de cette très intéressante enquête sont exprimés dans le tableau n° X.

TABLEAU N° X

Nombre de maladies identifiées dans une entreprise

AFFECTIONS EN CAUSE	Nombre de cas			proportion pour I000		
	I963	I964	I965	I963	I964	I965
Tuberculose pulmonaire	9	8	8	2,8	2,8	2,6
Système digestif						
- ulcère gastro-duod.	28	47	46	7,8	I4,6	I3,I
- estomac (autres)	6I	33	33	I7	I0,3	9,4
- intestin	27	35	3I	7,8	I0,9	8,8
- foie	I9	25	30	5,3	7,8	8,5
- divers	4	4	4	I,I	I,2	I,I
Système urinaire						
- coliques néphrétiques	I0	6	II	2,8	I,9	3,I
- infections	II	5	I6	3	I,6	4,6
Système cardio-vasculaire						
- coeur	5	7	I9	I	2,I	5,4
- artères	5	5	9	I	I,6	2,6
- veines	5	I7	I5	I	5,3	4,3
Affections neurologiques	8	3	7	2,2	0,9	2
Troubles psychiques et somatiques	I76	I49	I4I	49	46,5	40
Système ostéo-articulaire						
- colonne vertébrale	49	58	77	I3	I8	22
- articulations diverses	23	47	32	7	I4,6	9,I
Dermatologie	II	22	3I	3	6,8	8,8
Affections grippales et respiratoires	408	380	293	II4	II8	83,7
Chirurgie : appendicite	24	I7	I7	6,9	5,3	4,8
hernies	5	I3	I2	I	4	3,4
ORL et cutanée	8	30	9	2	9	2,2
Blessures - contusions	39	65	63	I0	20	I8
TOTAL	936	977	905	256,7	303,2	257,5

L'examen de ce tableau met en évidence les faits suivants :

- le pourcentage minime des tuberculoses pulmonaires : cela s'explique certainement par les progrès accomplis dans le domaine de la prophylaxie de cette affection dans les collectivités humaines.
- la proportion importante que représentent les affections psychiques et psycho-somatiques. Ce problème devient actuellement de plus en plus épineux.
- les affections grippales et respiratoires sont en tête de liste dans les maladies responsables d'inaptitudes au travail : elles expliquent certainement, par leur grande fréquence, les nombreux arrêts de travail, notamment pendant les périodes froides. D'autre part, leur bénignité relative et leur courte existence sont probablement les causes principales de toutes ces absences de courte durée.
- les affections rhumatismales pour leur compte sont également à la base d'une proportion importante d'absences.

P. REY (cité in 80), de son côté, a attiré l'attention sur le pourcentage considérable que représentent les affections respiratoires par rapport à l'ensemble des affections responsables d'absences :

. pour les hommes 60,I %
. pour les femmes 52,8 %

Parmi ces maladies, la grippe et les rhumes de cerveau sont le plus souvent incriminés.

A. STIRN, dans une enquête allemande sur l'absentéisme par maladie (92), cite les statistiques de morbidité de l'ensemble des Caisses de Maladies allemandes pour l'année I958 (tableau XI).

TABLEAU N° XI

Statistiques de morbidité pour l'ensemble des Caisses de Maladie Allemandes

NATURE DES AFFECTIONS	HOMMES Incapacités de Travail		FEMMES Incapacités de Travail	
	jours par cas	cas pour I000 membres	jours par cas	cas pour I000 membres
Maladies infectieuses	53,50	6,9	39,06	8,8
Tumeurs	55,64	3,0	54,90	5,8
Affections allergiques métaboliques, nutritionnelles, endocrines, neuro-psychiatriques	3I,I6	38,8	27,96	66,7
Affections cardio-vasculaires	40,32	4I,5	33,63	6I,0
Affections respiratoires	I6,97	230,0	I7,3I	245,2
Affections digestives	26,92	I02,7	25,57	92,5
Affections dermatologiques, vénériennes, gynécologiques	20,63	56,8	23,34	I48,8
Affections de l'appareil locomoteur - malformations - affections hématologiques et des organes sensoriels	22,86	I2I,9	25,63	I06,I
Traumatismes et intoxications	20,55	236,3	22,07	87,I

Nous retrouvons dans ce tableau un élément bien connu : les incapacités de travail pour affections respiratoires qui sont en tête.

De ces études se dégagent les conclusions suivantes :

a) la proportion des incapacités de travail de longue durée par rapport aux incapacités en général est relativement minime.

b) les affections responsables du plus grand nombre des incapacités de travail de "longue durée" sont les suivantes :

- tuberculose pulmonaire
- affections psychiatriques
- néoformations malignes
- affections cardio-vasculaires

c) les troubles psychiatriques et psycho-somatiques représentent actuellement une part importante de la morbidité. Ceux-ci sont de l'avis de nombreux auteurs, les manifestations d'une "Maladie du Siècle", d'une "Maladie de la Civilisation", responsables en grande partie de la tendance à l'augmentation de l'absentéisme. Malheureusement, la médecine se trouve pratiquement désarmée dans la prévention, la lutte, la thérapeutique de ces affections, ceci provenant d'une insuffisance certaine de connaissances scientifiques et rationnelles de ces dernières.

d) dans les absences de courte durée, de loin les plus fréquentes, ce sont les affections respiratoires et O.R.L., souvent bénignes en soi, qui ont le monopole de l'absentéisme.

2) ALCOOLISME ET ABSENTEISME

L'étude des relations entre morbidité et absentéisme serait incomplète si le problème de l'alcoolisme n'était abordé.

L'alcoolisme est l'un des fléaux les plus graves de la société moderne. Hélas, aussi l'un des plus méconnus. Il existe d'innombrables organismes de lutte anti-alcoolique

qui tentent d'attirer l'attention des masses sur la gravité de ce problème. Ils rencontrent pourtant, souvent, une indifférence totale, de la méfiance ou de l'ironie. Même le corps médical essaie, sans succès, d'avertir l'opinion publique du danger que représente l'alcoolisme. Il faut bien sûr, tenir compte des habitudes déplorables existantes en ce qui concerne cette intoxication chronique : on attribue encore trop souvent à l'alcool des vertus inexistantes. Naturellement, la lutte anti-alcoolique se heurte à des préjugés anciens solidement ancrés dans la population et ce n'est certainement pas par des affirmations péremptoires telles que : "une goutte d'alcool égale une goutte de poison" que l'on arrivera à changer les mentalités. Ceci sort nettement du cadre de cette enquête. Il n'en reste pas moins vrai que l'alcoolisme intervient d'une façon sournoise et souvent camouflée. Rappelons son influence, à titre d'exemple, dans la genèse des accidents de circulation et de la criminalité.

Au point de vue médical les méfaits de l'alcoolisme sont bien connus : les cirrhoses hépatiques, les polynévrites, les psychoses et autres troubles mentaux surpeuplent nos hôpitaux et nos centres psychiatriques. Sans vouloir nous étendre sur des considérations économiques, il faut se rendre compte de ce que l'alcoolisme coûte à la société : les journées d'hôpitaux, les soins, les cures, les indemnités journalières pour incapacités de travail et invalidités définitives, les charges familiales que la société est obligée de prendre à ses frais (Schultz 82).

Comme nous l'avons vu, l'alcoolisme est responsable directement d'affections organiques et mentales et par cela, il doit contribuer sans aucun doute d'une façon remarquable au maintien et à l'augmentation de l'absentéisme.

H. DESOILLE (20) reconnaît à l'alcoolisme une part prépondérante dans l'absentéisme : pour lui, les périodes d'installation des cirrhoses et des polynévrites se manifestent par un certain nombre de prodromes entraînant des absences courtes mais nombreuses. D'autre part, l'alcoolisme joue certainement un rôle considérable dans la genèse des accidents de travail. MARCOUX et METZ l'ont démontré (58).

D'après une enquête de CAVALIE (citée in 20),

67 ouvriers éthyliques dans la même entreprise et dans les mêmes conditions de travail, présentent 57 jours d'arrêt de travail pour accident au cours d'une année,

67 ouvriers non alcooliques ne totalisent que 3 jours.

P. LE BRETON dans son enquête (55) aborde également le problème des relations entre l'alcoolisme et l'absentéisme : ainsi, sur I02 ouvriers éthyliques reconnus, durant l'année I965 dans une entreprise, 35 n'eurent pas d'arrêt de travail, 46 présentèrent une inaptitude en-dessous de 3 semaines et 2I ouvriers furent absents plus de 3 semaines. L'auteur est d'ailleurs persuadé que la proportion serait encore plus importante si l'on considérait les arrêts de travail par accident de travail. P. LE BRETON a comparé ce groupe d'ouvriers alcooliques à l'ensemble des salariés et en a tiré le tableau suivant :

TABLEAU N° XII

	Nombre moyen de cas de maladie par personne	Nombre moyen de jours de maladie par personne	Absentéisme en %
Ensemble	I,2	36	6,7
Groupe des alcooliques	2,5	96	I9,7

L'hôpital psychiatrique de Rouffach nous a fourni, de son côté, des chiffres représentant la durée moyenne d'une hospitalisation pour troubles psychiatriques d'origine alcoolique. En admettant qu'une telle hospitalisation intéresse un salarié actif et en tenant compte des nombreuses absences qui ont dû précéder ce moment et le temps écoulé entre la sortie du centre et la reprise du travail (si celle-ci est possible) on peut se faire une idée approximative du nombre de journées de travail perdues.

Du tableau ci après (tableau N° XIII), un certain nombre de constatations peu rassurantes se dégagent :

Si on constate une certaine diminution de la durée moyenne de l'hospitalisation pour affections mentales d'origine éthylique, ceci est dû dans une certaine mesure, à une transformation des conceptions et des possibilités thérapeutiques au cours des années. De plus, un facteur matériel, intervenant également, est certainement la surcharge hospitalière (que l'on retrouve à tous les niveaux) qui conduit à la réduction de la durée moyenne des hospitalisations.

Par contre, ce qui augmente d'une façon alarmante, c'est la proportion des admissions pour affections psychiatriques d'origine éthylique par rapport au pourcentage des entrées en général et ceci tant chez les hommes que chez les femmes.

Tous ces éléments nous donnent une idée approximative, mais néanmoins édifiante, du nombre de journées de travail perdues à cause de l'alcoolisme.

TABLEAU XIII Admissions et journées d'hospitalisation pour troubles psychiatriques d'origine éthylique en rapport avec le nombre total d'admissions et de journées d'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de ROUFFACH

ANNEES	Nombre total d'admissions	Nombre d'admissions pour alcoolisme psychoses alcooliques	Nombre total de journées à l'hôpital	Nombre total de journées alcooliques à l'hôpital	Journées alcooliques / ensemble	% des entrées pour alcoolisme
H	I.I72	327	259.545	52.839		
I959 F	660	23	257.952	8.246		
Tot	I.832	350	5I7.497	6I.085	6I.085 / 350 =I75 j	I9,I % H 27 % F 3,5 %
H	97I	236	260.569	25.735		
I960 F	535	34	233.880	9.892		
Tot	I.506	270	494.449	35.627	35.627 / 270 =132 j	I7,9 % H 24,3 % F 6,36 %
H	I.I27	377	275.598	30.264		
I963 F	790	59	265.850	I0.568		
Tot	I.9I7	436	54I.448	40.832	40.832 / 436 = 94 j	22,7 % H 33,5 % F 7,5 %
H	I.273	449	285.468	45.247		
I964 F	849	68	269.215	I9.667		
Tot	2.I22	5I7	554.683	64.9I2	64.9I2 / 5I7 =126 j	24,3 % H 35,2 % F 8 %
H	I.315	459	285.797	45.847		
I965 F	8I9	69	247.246	I9.592		
Tot	2.I34	528	533.043	65.439	65.429 / 528 =I24 j	24,7 % H 35 % F 8,4 %

3) LE MEDECIN ET L'ABSENTEISME

La tendance à rendre le médecin principal responsable du phénomène de l'absentéisme est communément répandue. Il est évident que dans l'absentéisme par maladie, le médecin est à la base des arrêts de travail. En effet, le praticien diagnostique l'existence d'un état pathologique chez un travailleur ; la première étape thérapeutique sera une mise au repos complet, condition souvent indispensable à la bonne poursuite d'un traitement efficace. Le médecin ordonnera donc un arrêt de travail, en évaluera la durée approximative et décrètera la possibilité d'une reprise de travail ou la nécessité d'une prolongation en fonction des facteurs intercurrents. L'absence sera ainsi légitime et justifiée. Il est certain que l'absentéisme est la conséquence directe dans un grand nombre de cas, de l'existence d'un état pathologique. De ce fait, le travailleur aura droit, grâce aux lois sociales existantes, à la mise en oeuvre de toutes les ressources médicales nécessaires à son traitement, et pour la bonne marche de celui-ci, le repos sera indispensable ; durant cette inaptitude au travail, les mêmes lois sociales auront prévu le versement des prestations en espèces nécessaires à la vie du salarié et de sa famille. Ce droit à l'absence en cas de maladie est assuré à chaque salarié et rares sont les personnes qui osent le contester.

Par contre, ce qui est vivement critiqué est un absentéisme bien particulier qui sévit partout et entraîne des conséquences économiques graves : l'absentéisme dit "abusif" sous couvert de l'absentéisme par maladie. Définir l'abus paraît toutefois très difficile et quasi impossible du fait de la complexité des éléments intervenant et surtout des côtés "inavouables", ce qui rend, comme nous l'avons dit plus haut, toute enquête pratiquement impossible dès le départ.

A) Essai d'interprétation de l'augmentation de l'absentéisme par maladie

L'absentéisme par maladie croît d'une façon notoire. On peut à juste titre se demander quelles en sont les raisons premières et quel est le rôle du corps médical dans ce phénomène. Il est établi que les congés pour maladies se multiplient, que les appels aux médecins sont de plus en plus fréquents.

Il est assez paradoxal de constater cette augmentation actuelle de l'absentéisme par maladie alors que les médecins sont d'une part parvenus à juguler un bon nombre de maladies et même de fléaux, et d'autre part mettent en oeuvre des moyens de plus en plus importants dans le dépistage et le traitement d'affections redoutables telle que le cancer.

Quatre facteurs peuvent être incriminés :

I. l'augmentation de la longévité et ses conséquences
2. la complexité de la pratique médicale actuelle
3. la naissance d'une pathologie nouvelle : les affections psycho-somatiques et les troubles psychiatriques mineurs
4. l'évolution des exigences des malades

a) L'augmentation de la longévité et ses conséquences

L'augmentation de la longévité entraîne sur le plan du travail une série de conséquences directement responsables de l'augmentation de l'absentéisme par maladie.

- le travailleur atteint un âge de plus en plus avancé avant de cesser son activité professionnelle. Actuellement, l'âge moyen de la retraite se situe à 60 ans et dans certains cas peut atteindre 65 ans. Le travailleur exerce donc son activité pendant une période de 40 à 50 ans. Il est évident qu'au cours de ces années, l'organisme subit une usure importante d'une part du fait du vieillissement physiologique, d'autre part par les efforts nombreux et constants fournis au cours du travail. Cette usure donne naissance à des manifestations pathologiques qui apparaissent chez le travailleur approchant de la cinquantaine : ce seront surtout des affections ostéo-articulaires et cardio-vasculaires. Celles-ci seront évidemment responsables au cours de leurs poussées aiguës de manifestations morbides entraînant une incapacité de travail qui, dans certains cas, sera plus ou moins rapidement définitive et conduira à l'invalidité.

- les progrès de la médecine directement responsables

de l'accroissement de la longévité, en permettant de soigner et de guérir des affections qui jusqu' alors étaient mortelles ou entraînaient une invalidité précoce et définitive, interviennent également dans l'augmentation de l'absentéisme par maladie. Ainsi, des individus atteints d'affections qui, autrefois rendaient toute reprise d'activité illusoire, peuvent parfaitement, après un traitement adéquat, reprendre leur activité professionnelle avec, peut-être, des absences fréquentes du fait de leur résistance physique amoindrie. Un travailleur tuberculeux est actuellement placé d'office dans la catégorie de "maladie longue durée". Il sera inapte au travail pendant I, 2 ans et plus si c'est nécessaire, mais dès que la guérison sera intervenue et que la période de convalescence aura permis son rétablissement complet, il pourra reprendre son travail, éventuellement à un poste moins pénible (DOCK 2I). Il est évident que la durée importante de cette absence grèvera lourdement le taux d'absentéisme de l'entreprise. Un autre exemple est le malade cardiaque, par exemple, atteint d'angine de poitrine : la première crise l'immobilisera un certain temps, au bout duquel sera envisagée une éventuelle reprise de travail avec orientation vers un poste peu fatiguant, si nécessaire à mi-temps. Naturellement, toute rechute, toute nouvelle crise, nécessiteront de nouveaux arrêts de travail et ceci souvent jusqu'à l'invalidité définitive.

b) La complexité de la pratique médicale actuelle

Lorsqu'autrefois un médecin examinait pour la première fois un malade, il tentait, à partir des plaintes de ce dernier de poser un diagnostic dont découlait le traitement. Si cela n'était pas possible, une courte période d'observation suffisait au praticien pour se prononcer et traiter le malade, mais cela supposait l'existence de deux conditions essentielles :

- il était d'abord nécessaire que le mal dont le patient était atteint, fût connu par le corps médical
- il fallait pouvoir le traiter efficacement.

Or, très souvent, l'une des deux, ou les deux conditions faisaient défaut et la médecine se révélait impuissante.

Au cours du siècle dernier, l'examen clinique, grâce à des médecins illustres, acquit une quasi-perfection. Mais il se révélait toutefois souvent inefficace pour diagnostiquer certaines affections dont la nature exacte n'était révélée que post-mortem. Des moyens nouveaux apparurent dans les premières années de ce siècle : ils allèrent en se perfectionnant et évidemment en se compliquant, notamment le diagnostic radiologique. Bientôt une nouvelle science de diagnostic médical prit également son essor : la biologie médicale ; celle-ci a d'ailleurs atteint actuellement un stade très avancé et pourtant il apparaît que son avenir soit de plus en plus prometteur. Enfin, une troisième branche très importante est née : les examens bioélectriques.

Actuellement, pour porter le diagnostic d'angine, une simple inspection de la cavité buccale ne suffit généralement plus : le frottis de gorge dans bon nombre de cas s'impose pour déterminer la nature des germes responsables et définir les antibiotiques capables de les détruire ; de plus, les cas dans lesquels on soupçonne une origine streptococcique nécessitent une vérification de l'intégrité du système rénal, articulaire, cardiaque, par des examens de sang, d'urines, des investigations électrocardiographiques. Donc, ce qui autrefois était une simple angine et se soignait par l'administration désagréable de collutoires divers, met actuellement en oeuvre toute une série d'examens biologiques complexes.

Il est évident que la mise en application de toutes ces techniques nouvelles rend la pratique médicale plus difficile, nécessite la participation de plus en plus importante de spécialistes, coûte de plus en plus cher et, indirectement, influe sur l'absentéisme. En effet, la mise en observation, quelques fois en milieu hospitalier, d'un malade susceptible de présenter telle ou telle affection, entraînera obligatoirement une perte de journées de travail. Pourtant, ce n'est qu'à ce prix là, que la médecine pourra jouer son rôle préventif qui est certainement aussi important que son rôle curatif.

c) <u>l'apparition d'une pathologie nouvelle : les affections psycho-somatiques et les troubles psychiatriques mineurs</u>

Leur étude détaillée sort nettement du cadre de cette enquête. D'ailleurs, le peu de connaissances actuelles que les médecins ont dans ce domaine, le rendent d'un abord

très complexe. Ainsi, à un récent congrès de médecine psychosomatique, on a reconnu finalement que le corps médical ne possédait actuellement que peu de notions valables sur la nature, l'origine et l'éventuel traitement de ces cas. Que ces derniers aient un certain rapport avec l'évolution du monde contemporain, semble sûr. Toutes ces névroses cardiaques, affections viscérales spasmodiques, troubles du comportement, dépressions nerveuses, asthénies, insomnies, etc... sont, d'après la plupart des auteurs, la conséquence directe de la désadaptation de l'individu dans la vie trépidante qu'il mène dans les sociétés modernes hautement industrialisées.

Pour se rendre compte de l'importance de ce phénomène, il suffit de se référer à l'expérience des médecins-praticiens. Le nombre de neuro-végétatifs qui les assaillent au cours de leurs visites et pendant leurs consultations est considérable. Ces malades sont d'ailleurs à prendre au sérieux et nécessitent de la part du corps médical une surveillance stricte. Toutefois, les thérapeutiques actuelles sont à notre avis peu valables quant au résultat final. En effet, les malades qui prennent le soir des médicaments pour s'endormir et le matin des médicaments pour se maintenir éveillés dans la journée sont emprisonnés dans un cercle vicieux qui les mène à un désastre sur le plan de la santé.

On peut aisément concevoir que des individus dévorés par l'angoisse, par la peur de la maladie,dont les symptômes ont été créés par leur propre subconscient, soient inaptes à toute occupation professionnelle. Néanmoins, la répétition des absences, des cures de repos, etc... ne constitue certainement pas une solution valable.

Cette pathologie est certainement du ressort de la psychiatrie et plus précisément de la psychanalyse. Mais dans ce domaine, il reste encore énormément à faire. Le nombre de centres spécialisés est insuffisant. D'autre part, le médecin qui suggère à ses malades une orientation vers le psychiatre, se heurte souvent à un refus catégorique résultant de l'existence de préjugés bien ancrés : en effet, consulter un spécialiste des maladies mentales est pour certains malades, reconnaître la nature psychique de leur affection et ceci peut encore actuellement être considéré comme une maladie honteuse.

d) <u>l'évolution des exigences des malades</u>

Les exigences actuelles des malades vis à vis de leurs médecins ont considérablement évolué : si autrefois le patient attendait seulement de son médecin un traitement avec

un éventuel espoir de guérison, ou tout au moins un soulagement de ses maux, le malade actuel demande plus :

- d'abord, il est mieux instruit dans le domaine médical. En effet, la prolifération des magazines de vulgarisation médicale, des films, des émissions télévisées, rend le monde médical, jusqu'à là mystérieux, plus accessible aux individus. Ceci représente d'ailleurs une arme à double tranchant : d'une part informé même sommairement de certains signes révélateurs d'affections, le malade pourra être amené à détecter sur sa propre personne, le début de sa maladie. Il consultera un médecin et bénéficiera ainsi d'un traitement précoce. D'autre part, une instruction excessive place souvent l'individu dans la position de l' "apprenti-sorcier".Et l'accumulation de connaissances mal comprises pousse souvent le malade à jouer le rôle de médecin.

- l'homme moderne, prenant exemple sur les machines qu'il livre à des contrôles systématiques, est de plus en plus tenté de soumettre son propre organisme à de tels examens. Il est devenu très fréquent de voir des individus consulter leur médecin pour une "révision de leurs principaux organes". Ceci, à notre avis, est certainement excellent. Cela permet à la médecine de jouer de plus en plus son rôle de prévention. Seulement, si l'opportunité de cet examen périodique est laissée à l'appréciation de l'individu, il risque fort d'être pratiqué, ou bien d'une façon excessive, ou bien d'être totalement négligé. Aussi, il est nécessaire que le corps médical seul juge de l'opportunité de ce système d'examen préventif, en fixe les modalités et en décide les règles d'application(ce qui est un peu le cas en médecine du travail).

- enfin, de plus en plus, le malade exige du médecin le traitement "le plus moderne" et il est prêt en cas d'échec, à en demander réparation au praticien.

- Tout ceci a pour résultat de provoquer chez le médecin un regain de prudence dans ses rapports avec son malade et explique la prolifération des arrêts de travail pour "observation", "mises au repos préventives", etc...

B) L'Absentéisme abusif

La facilité de simuler une affection, l'importance souvent des avantages matériels perçus pendant les arrêts de travail pour maladie, la possibilité en se faisant porter malade, d'échapper à leurs occupations professionnelles pour une raison ou une autre, poussent naturellement bon nombre de personnes à justifier, par la voie médicale, leurs absences abusives. Or, comme cet absentéisme se pratique sous couvert de certificats médicaux, la responsabilité du médecin est directement mise en cause, et d'ailleurs on ne se prive pas de le lui faire remarquer.

Un certain nombre de faits que nous allons rapidement passer en revue, s'ils ne disculpent pas totalement le médecin, atténuent pourtant en grande partie ses responsabilités dans ce domaine.

Tout d'abord, le médecin, dans la majorité des cas, n'intervient pas dans la fréquence des absences. Très souvent ce n'est pas lui, mais le malade qui aura décrété la nécessité d'un arrêt de travail. Lorsque ce dernier viendra à la consultation ou fera venir le médecin à domicile, il sera déjà absent de son poste depuis 24 à 48 heures. Le médecin rédigera à ce moment le certificat d'arrêt de travail, sauf en cas d'abus flagrant (ceci est rare), car les absentéistes font preuve d'une grande habileté à camoufler les vrais motifs de leurs absences.

D'autre part, un médecin qui ne constatera chez son malade, aucun signe objectif au premier examen, ne pourra jamais affirmer que l'intéressé ne présente aucune affection. Il devra tenir compte des plaintes du malade et la véracité de ces dernières ne pourra jamais être prouvée d'une façon formelle : il n'existe pas encore de "dolori-mètre", "d'asthénie-mètre", "d'insomnie-mètre". Le praticien sera donc obligé de prime abord de faire confiance au malade, ce qui correspond d'ailleurs à son inclination naturelle : le médecin ne se sent pas une âme de policier chargé de rechercher les éventuels abus et fraudes. D'ailleurs, même s'il voulait le faire, il n'en aurait pas le temps. C'est pourquoi la bonne foi des médecins est souvent abusée et ceci les amène à mettre en arrêt de travail les individus qu'ils croient malades alors qu'ils n'ont en fait tout simplement pas envie d'aller travailler.

La complexité actuelle de la médecine intervient également : il est plus facile de décréter un individu malade, qu'en bonne santé, donc apte à reprendre son travail, surtout si le médecin qui a pris cette décision est tenu pour responsable des incidents et complications qu'une reprise intempestive pourrait avoir sur l'état du patient.

Un autre fait est à signaler : les absentéistes à répétition vont rarement chez le même médecin : autant de médecins consultés, autant de petits abus de confiance.

Une façon de lutter contre cet absentéisme abusif est de mettre en oeuvre des systèmes de contrôle et de sanctions. Il est facilement concevable que cette pénible mission ne peut pas être imposée aux médecins-praticiens déjà suffisamment surmenés par l'accomplissement de leur tâche. Aussi, les organismes d'assurances sociales préoccupés des incidences budgétaires de l'absentéisme ont-ils instauré leur propre contrôle.

4) LE CONTROLE MEDICAL DE L'ABSENTEISME

Une des missions qui incombent au contrôle médical de la Sécurité Sociale est la surveillance des absences pour maladie des assurés sociaux.

Nous étudierons, dans une première partie, l'organisation générale du contrôle médical, en insistant sur le statut du Médecin-conseil. Dans une deuxième partie, sera analysé plus particulièrement le contrôle de l'absentéisme, sa valeur, les difficultés qui se présentent. En dernier lieu, seront évoquées rapidement quelques propositions de solutions dont nous ont fait part les responsables eux-mêmes de la Sécurité Sociale.

A) Organisation générale du contrôle médical

a) Le Médecin-Conseil

Rappel historique

A la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle, furent promulguées les premières lois instaurant la couverture d'un certain nombre de risques :

- le I5 juillet I893 :
  loi sur l'assistance médicale gratuite
- le 9 avril I898 :
  loi sur les accidents de travail
- le I4 ju illet I905 :
  loi sur l'assistance aux vieillards infirmes et incurables
- le 3I mars I9I9 :
  loi sur les blessés de guerre.

En I930, la "loi sur les Assurances Sociales" entraîna la couverture des risques maladie, invalidité, et maternité et , déjà à cette époque, les caisses se virent dans l'obligation d'instaurer un contrôle médical, qui était assuré en l'occurence par un "médecin de caisse".

En I945-I946, ce fut la naissance de la Sécurité Sociale, sous la forme que nous lui connaissons actuellement et le médecin chargé du contrôle médical prit le nom de médecin-conseil.

Ce rappel historique serait incomplet si nous omettions de signaler que les départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle connaissaient déjà, depuis fort longtemps, le système allemand d'assurances sociales, tel qu'il est d'ailleurs toujours appliqué en Allemagne de l'Ouest. Le médecin-contrôleur des assurances sociales allemandes a un rôle presque identique à celui de notre médecin-conseil, puisqu'il est appelé "Vertrauensarzt".

Statut du médecin-conseil

Ce dernier est clairement exposé dans le "Recueil des textes documentaires à l'usage des praticiens-conseils".

Recrutement

Chaque année, le Ministère des Affaires Sociales organise deux concours permettant l'inscription des candidats sur une liste nationale d'aptitude aux fonctions de praticien-conseil chargé du contrôle médical de la Sécurité Sociale sur 3 domaines :

- médecine
- chirurgie dentaire
- pharmacie

Les conditions d'inscription à ces concours sont les suivantes :

- être de nationalité française
- être âgé de moins de 50 ans
- être titulaire du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Chirurgien-Dentiste ou Pharmacien
- avoir subi préalablement un examen médical pratiqué par 3 médecins-conseil nommés par le médecin-conseil régional
- pour les médecins : avoir pratiqué au moins 7 ans et être régulièrement inscrit au Tableau de l'Ordre des Médecins

A partir de cette liste nationale d'aptitude se font les nominations des praticiens-conseil par le conseil d'administration de la Caisse Régionale sur la proposition du médecin-conseil régional. Les praticiens-conseil seront alors engagés pour un stage de 6 mois à I an au bout duquel ils obtiendront leur titularisation , non sans avoir préalablement subi une nouvelle visite médicale.

Les divers échelons hiérarchiques sont les suivants :

- praticiens-conseil
- médecins-conseil, chefs de service
- médecins-conseil régionaux

Obligations des praticiens-conseil

Elles sont clairement énoncées dans le décret du 27.II.I96I d'après l'article 8 : "Il est interdit à tout praticien -conseil d'exercer à titre professionnel une activité privée de quelque nature que ce soit".

D'après l'article 9 , "conformément aux dispositions de l'article 378 du Code pénal, les praticiens-conseils sont astreints au secret professionnel".

D'après l'article II, "Le praticien-conseil ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du praticien traitant. Il doit s'abstenir de formuler, devant le malade, un diagnostic ou une appréciation sur le traitement".

"Toutes les fois qu'il le juge utile, le praticien-conseil doit entrer en communication avec le médecin traitant, toutes précautions étant prises pour assurer le respect du secret professionnel."

"Dans les communications que les praticiens-conseil sont appelés à faire aux assurés, ils doivent éviter d'anticiper sur les décisions des Caisses de Sécurité Sociale"

b) Le contrôle médical

Organisation du contrôle médical

On peut distinguer parmi le personnel, trois catégories précises :

- les praticiens-conseils constitués par des médecins-conseil, des chirurgiens-dentistes conseil et des pharmaciens conseil
- les praticiens consultants auxquels le contrôle peut faire appelpour des problèmes particuliers et nécessitant l'avis d'un spécialiste
- enfin, le personnel administratif et para-médical

Il va de soi que ces trois catégories sont soumises au respect du secret professionnel.

Rôle du contrôle médical

Ce rôle a été récemment défini dans un rapport du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale sur le "fonctionnement et l'organisation du contrôle médical" (I964). Le Haut Comité Médical le décompose en :

- rôle de contrôle
- rôle de conseiller technique

Rôle de contrôle

Ce dernier porte sur trois points :

- "limiter le repos", c'est-à-dire l'absentéisme par maladie abusif. Nous renviendrons ultérieurement plus en détail sur ce point
- "limiter, par son existence même, des demandes inconsidérées de prestations"
- "réprimer les abus et les fraudes"

Rôle de conseiller technique

par rapport à la Caisse,

- "pour intégrer le cas du malade dans le cadre des divers risques prévus par la loi"

- "pour l'orientation de la politique médicale de l'organisme en l'éclairant sur les modifications de la médecine et les apports nouveaux de la Science"

par rapport à l'assuré :

"dont l'intérêt individuel doit être le premier soin du médecin-conseil". Il ne lui appartient pas de traiter le malade mais "d'examiner son cas en tant qu'assuré, c'est-à-dire les répercussions de sa maladie sur l'équilibre financier de son foyer, les risques qu'il fait courir à son entourage et surtout les moyens qui peuvent être mis financièrement en oeuvre pour l'aider au maximum, le soutenir dans cette crise et le récupérer physiquement, moralement et socialement."

par rapport au médecin traitant :

en le conseillant dans le dédale des "textes extrêmement complexes et d'ailleurs en perpétuelle évolution"

B) Le contrôle médical et l'absentéisme

a) Fonctionnement du contrôle des arrêts de travail

La façon la plus simple d'analyser le mécanisme complexe du contrôle médical des arrêts de travail nous paraît de présenter un cas étape par étape.

Avis d'arrêt de travail

Un malade est jugé inapte au travail par un praticien pour une cause pathologique quelconque. Le médecin remplira à ce moment un "avis d'arrêt de travail" qui devra être expédié dans les 48 heures à la Caisse de Sécurité Sociale. Il existe plusieurs types de ces avis d'arrêt de travail mais il est facile de les classer en deux catégories :

- une première catégorie où les renseignements demandés au praticien seront les suivants : durée de l'arrêt de travail, date d'interruption du travail, sorties autorisées ou non, et de quelle heure à quelle heure

- dans une deuxième catégorie, en plus des renseignements précédents, la Caisse exige la communication du diagnostic de l'affection

Les Caisses emploient l'un ou l'autre de ces deux systèmes selon leur propre organisation. La Caisse qui nous a servi de champ d'étude utilise la première catégorie. Bien sûr, la partie où se trouve mentionné le diagnostic n'est accessible qu'au contrôle médical et ceci en vue du respect du secret professionnel.

Ces avis de travail centralisés par la Caisse primaire ou par ses sections sont transmis au contrôle administratif qui constitue le dossier du malade et vérifie son affiliation à la Caisse, son droit aux prestations. Ce contrôle administratif tient à jour le répertoire des arrêts de travail. Puis, intervient l'agent visiteur.

Agent visiteur

- Statut de l'agent visiteur

C'est un agent appartenant aux services administratifs de la Caisse Primaire. Son recrutement n'exige pratiquement aucune formation de base. Sa rémunération est souvent peu élevée et, dans certaines Caisses, en cas de pénurie de personnel dans d'autres services, on n'hésite pas à les y affecter temporairement. En aucun cas, cet agent n'est assermenté.

- Rôle de l'agent visiteur

Il est chargé de :

. contrôler la réalité de l'arrêt de travail, c'est-à-dire, de vérifier que l'assuré ne se livre pas à une activité professionnelle quelconque pendant ce dernier

. veiller au respect du règlement des malades concernant, entre autres, les heures de sortie, etc... et signaler toute infraction afin d'entraîner la mise en application d'une sanction

. enfin, et surtout, donner son avis sur l'arrêt de travail : si ce dernier lui semble justifié ou si la prolongation ne lui semble pas excessive. Naturellement, il n'aura en principe aucune connaissance du diagnostic. Il n'a pas à s'intéresser

à des considérations d'ordre médical. Par exemple, en visitant un malade à domicile : il le voit entrain de s'adonner à de copieuses libations : l'agent visiteur peut estimer qu'une convocation devant le médecin-conseil s'impose.

On peut résumer cet aspect de son rôle de la façon suivante : l'agent visiteur est l'éclaireur, le voltigeur, "les yeux" du contrôle médical.

- Organisation du travail de l'agent visiteur

Avant de commencer sa tournée, ce dernier prend connaissance des arrêts de travail en cours dans son secteur. Au retour, ces observations seront consignées dans des fiches qui pourront :

. ne comporter aucune mention particulière
. signaler des faits découlant de la non-observation du règlement des malades et susceptibles d'entraîner une action de la part du contrôle administratif
. enfin, être communiquées au contrôle médical en vue d'une convocation de l'assuré devant le médecin-conseil.

L'agent visiteur est peu aimé par les assurés sociaux : en effet, le rôle qu'il joue, absolument nécessaire, ne lui attire guère de sympathie.

Possibilités d'action du contrôle médical

Le contrôle médical en possession de ces fiches, organisera des convocations. Il lui faudra tenir compte de l'urgence des cas, du nombre de cas déjà proposés, et , naturellement, du temps dont dispose le médecin-conseil.

Le malade se voit donc convoqué devant le médecin-conseil. Les possibilités suivantes s'offrent à lui :

- Il n'est pas apte à se rendre au contrôle médical : un certificat médical l'en dispensera. Il est à noter que le médecin-conseil a le droit de visiter le malade à son domicile.
- Il reprend son travail avant la date de convocation. Celle-ci deviendra caduque. Cette circonstance est très fréquente dans l'absentéisme de courte durée, le plus important d'ailleurs, et, malheureusement, il échappe pratiquement à tout contrôle médical.

- Il refuse de son plein gré, de se rendre à la convocation : il fera à ce moment l'objet de sanctions disciplinaires qui peuvent aller jusqu'à la radiation de l'assuré de la Sécurité Sociale.
- Le malade passe devant le médecin-conseil qui sera, si le malade a déjà été convoqué, en possession d'un dossier. D'autre part, il aura été demandé au malade d'apporter tout résultat radiologique ou biologique, en rapport avec sa présente affection, éventuellement en sa possession.

  Après examen du cas, le médecin-conseil ordonnera :

  . une reprise du travail
  . donnera son accord à une prolongation de l'arrêt de travail dont la durée sera appréciée par le médecin-traitant.

  Naturellement, le praticien-conseil se réservera le droit de reconvoquer le malade autant de fois qu'il le jugera nécessaire.

  En cas de prévision de reprise du travail, le malade pourra adopter deux positions :

  . se soumettre à la décision du contrôle médical,
  . s'y opposer. Alors la Sécurité Sociale ordonnera une expertise.

L' e x p e r t i s e

Les modalités de l'expertise médicale sont précises. On en retrouve les éléments principaux dans le Décret n° 59-160 du 7 janvier 1959 "relatif à l'expertise médicale en matière d'assurance maladie et d'accidents de travail"

Article I : "les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou à l'état de la victime... donnent lieu à une procédure d'expertise médicale dans les conditions fixées par les articles suivants"

Article II : "les contestations sont soumises à un médecin-expert désigné, d'un commun accord, par le médecin-traitant et le médecin-conseil ou, à défaut d'accord, par le médecin-inspecteur départemental de la Santé, sur une liste établie par lui, après avis du ou des syndicats professionnels de praticiens intéressés et du Conseil d'administration de la Caisse Régionale de la Sécurité Sociale"..."Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le

médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise, ni par le médecin-conseil de la Caisse Primaire ou de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale"

Article IV : "Dès qu'elle est informée de la désignation du médecin-expert, la Caisse établit un protocole mentionnant obligatoirement : l'avis du médecin-traitant nomément désigné, l'avis du médecin-conseil, la mission confiée à l'expert et l'énoncé précis des questions qui lui sont posées"

Article V :
- définit la modalité de la communication des conclusions de l'expert aux intéressés
- Après l'expertise, qui doit avoir lieu dans les 5 jours après que l'expert ait été avisé de sa mission, ce dernier communique dans un délai de 48 heures, ses conclusions,
  en matière d'A.T. : à la victime de l'accident de travail et au contrôle médical de la Caisse de Sécurité Sociale
  en matière d'assurance-maladie : au médecin-traitant et à la Caisse de Sécurité Sociale
  Enfin, il remettra dans un délai d'un mois, son rapport complet à la Caisse de Sécurité Sociale.

Article VI : "La Caisse doit prendre une décision et la notifier au malade ou à la victime dans un délai maximum de quinze jours suivant réception des conclusions motivées".

L'examen médical conjoint en cas d'affection longue durée

Lorsqu'un arrêt de travail supérieur à 6 mois intervient, l'assuré rentre dans la catégorie des "affections longue durée". Ce passage sera décrété au cours d'un examen conjoint pratiqué par le médecin-traitant et le médecin-conseil. L'examen conjoint est appliqué dans trois cas définis par l'article L 293 du Code de la Sécurité Sociale :

- en cas d'une des 4 affections suivantes :
  . tuberculose
  . maladies mentales
  . cancer
  . poliomyélite

- en cas d'incapacité de travail dépassant 6 mois pour les assurés sociaux
- en cas de continuité de soins supérieure à 6 mois pour les ayants-droits.

Au bout de 3 ans de longue maladie, sera prononcée soit une invalidité définitive (si cela n'a pas été fait avant) ou une reprise du travail (rare).

Cet examen conjoint est généralement décidé au début du 5ème mois d'incapacité de travail. Cet examen sera pratiqué "conjointement" par le médecin-conseil et le médecin-traitant. En cas de désaccord dans les conclusions, on aura recours à l'expertise médicale. Cet examen conjoint soulève, au point de vue pratique, un certain nombre de difficultés, notamment du fait des différences d'emploi du temps des 2 praticiens, aussi deux formes d'examens conjoints existant :

- l'examen conjoint réel (ECR) fait simultanément par les deux praticiens
- l'examen conjoint différé (ECD) consistant en un échange de points de vue entre le praticien-traitant et le praticien-conseil.

Les diverses étapes du contrôle médical de l'absentéisme ayant été décrites, il faut ajouter qu'en principe son action se heurte à un nombre considérable d'obstacles qui entravent sa bonne marche et lui enlèvent une grande part de son efficacité.

b) Difficultés dans l'application d'un contrôle médical efficace des arrêts de travail

Elles sont diverses et nombreuses.

Inconvénients liés à la nature même du contrôle : son aspect systématique

L'aspect systématique de ce contrôle crée à coup sûr une lourdeur et une rigidité qui lui font perdre beaucoup de temps et une bonne part de son efficacité. Dans un grand nombre de cas, une visite précoce de l'agent-visiteur est inutile et voire même souvent choquante pour le malade ; ainsi, il doit paraître désagréable à un malade victime d'une fracture du

genou ou d'un infarctus du myocarde, de recevoir un agent visiteur dans les premiers jours de son incapacité de travail.

Difficultés techniques dans l'application du contrôle systématique

- Au niveau du personnel administratif et para-médical

La grande difficulté réside dans la pénurie du personnel.

. le nombre des agents-visiteurs est insuffisant : une Caisse Primaire de l'importance de celle de Mulhouse n'a que quatre agents. Cela diminue évidemment la valeur de leur travail : du fait de leur nombre restreint, leur secteur d'investigation est trop important et ils sont obligés de le subdiviser en sous-secteurs d'autant plus nombreux que le secteur est étendu. Ainsi, ils passeront tel ou tel jour dans tel ou tel sous-secteur : le circuit sera vite connu des assurés de lacirconscription ; si, par exemple, le visiteur passe dans telquartier en début de mois, le reste du temps les assurés sociaux de cette zone seront tranquilles. Les absentéistes sauront exploiter la situation.

. l'insuffisance d'agents administratifs au niveau du contrôle médical est également responsable d'une lenteur dans les convocations, dans l'organisation des plans de travail et d'un encombrement.

- Au niveau des médecins-conseil

. la pénurie existant parmi eux, a également de graves répercussions sur la bonne marche de leur travail. Ainsi, ils sont souvent obligés de surcharger leurs consultations dans le but de pouvoir suivre le rythme qui leur est imposé par le grand nombre de gens à convoquer. Ceci entraîne bien sûr un surmenage préjudiciable à la valeur du travail fourni. De plus, ce travail à la hâte ne permet souvent pas d'approfondir les cas qui le mériteraient.

. D'autre part, le médecin-conseil, au cours du premier contact avec un malade qu'il est chargé de contrôler, est démuni, dans la majorité des cas, des renseignements les plus élémentaires qui lui permettraient au moins de voir de quoi il s'agit (il est à noter que ceci n'est pas le cas dans les incapacités de travail par accidents du travail où le diagnostic est fourni au praticien-conseil par le praticien-traitant.)Ceci entraîne évidemment une perte de temps supplémentaire et enlève souvent une bonne part de la valeur du contrôle.

. ensuite, le praticien-conseilse heurte à peu près dans tous les domaines à un grand nombre d'obstacles :

- obstacles dans ses rapports avec la Caisse elle-même
  Le praticien-conseil est soumis constamment à des règles administratives auxquelles il est peu préparé par sa formation primitive.
- obstacles dans ses rapports avec le malade
  Le praticien-conseil n'a que peu la confiance du malade. Ce dernier voit en lui beaucoup plus un censeur, un gendarme, qu'un médecin. Il faut dire que les refus que le médecin-conseil est souvent obligé d'opposer à des demandes de prestations inconsidérées ne lui attirent guère la sympathie des assurés sociaux.
- obstacles dans ses rapports avec les médecins-traitants
  Si la plupart du temps, les rapports existant entre les médecins-conseils et les médecins-praticiens sont satisfaisants et souvent mutuellement utiles, il existe néanmoins de nombreux cas où ils n'existent pas ou sont franchement mauvais. En effet, pour bon nombre de praticiens, le médecin-conseil personnifie à leurs yeux la " tracasserie administrative". Et ceci les rend peu enclins à collaborer. Ils ont tort car les médecins-conseil peuvent être utiles aux médecins-traitants de nombreuses façons, ne serait-ce qu'en déchargeant le médecin d'un rôle qu'il n'aime pas jouer vis à vis de certains de ses malades : par exemple, ordonner une reprise du travail pour un sujet est sans conséquences personnelles pour le praticien-conseil, alors que le médecin-traitant peut être amené, dans certains cas, à tenir compte de considérations telles que le maintien d'une clientèle. Il est alors facile, pour le praticien -traitant, de dégager sa responsabilité en se retranchant derrière la décision du médecin-conseil, auquel il aura d'ailleurs demandé de faire cet acte d'autorité.

C) Solutions envisagées dans le but d'augmenter l'efficacité du contrôle médical de l'absentéisme

La première solution serait d'augmenter le personnel des Caisses de Sécurité Sociale. Naturellement, ce problème est excessivement complexe et sort du cadre de ce travail.

Une autre solution serait de transformer ce contrôle

systématique en contrôle sélcctif : ce qui a d'ailleurs déjà été réalisé dans un certain nombre de Caisses Primaires. Le contrôle sélectif, tout en se contentant du personnel restreint, serait plus souple, plus rapide dans sa mise en marche, et, de ce fait, plus efficace : le mécanisme en serait simple :

- tout d'abord, cela nécessiterait la communication du diagnostic initial, ne serait-ce qu'un diagnostic d'approche
- d'autre part, on ne convoquerait pas les assurés sociaux ayant un arrêt de travail
  inférieur à IO jours
  supérieur à 30 jours
  En effet, l'assuré qui aura un arrêt de travail inférieur à IO jours reprendra très certainement son occupation professionnelle à la fin de cette période. Par contre, la première prolongation d'inaptitude entraînerait une visite de l'agent-visiteur. Les arrêts de travail qui, d'emblée, sont de 30 jours et plus, sont certainement prescrits dans des cas sérieux et ce ne sont pas ceux-là généralement que l'on peut faire rentrer dans la catégorie de l'absentéisme abusif.
- enfin, il faudrait créer et maintenir à jour dans chaque Caisse, un fichier. Chaque affilié y aurait une carte mentionnant le nombre, la durée des arrêts de travail, les remarques et les sanctions diverses ; ceci permettrait certainement un dépistage plus important des absentéistes.

III - FACTEURS NON MEDICAUX DE L'ABSENTEISME

Le précédent chapitre a été consacré à l'étude de l'absentéisme par maladie. L'évocation nécessaire d'un absentéisme "abusif" a introduit la notion d'un absentéisme dont les causes apparentes peuvent paraître médicales mais dont les causes profondes sont toutes autres et touchent des disciplines aussi variées que la psychologie, la sociologie, l'économie, etc... Il apparaît dès ce moment que la solution du problème de l'absentéisme ne peut se trouver au seul niveau des médecins. L'absentéisme est un phénomène complexe et la recherche de ses solutions concerne presque tout le monde : chefs d'entreprises, syndicats, administrations d'état, sociologues, psychologues et, évidemment, les médecins dans la mesure où intervient un aspect médical. Il est en effet trop facile pour chacun des intéressés de dégager sa propre responsabilité en la rejetant sur d'autres : par exemple, pour le patron d'accuser les ouvriers, pour les salariés d'accuser le patronat et pour tous d'accuser les médecins qui seraient les distributeurs trop généreux des arrêts de travail. Or, de telles opinions sont répandues à tous les échelons.

Les facteurs intervenant dans la genèse de l'absentéisme sont nombreux. Ils peuvent être classés de la façon suivante :

- facteurs individuels
- facteurs familiaux
- facteurs professionnels
- facteurs sociaux et économiques
- facteurs particuliers : les saisons.

I) FACTEURS INDIVIDUELS

A) Sexe

L'absentéisme féminin est plus important que l'absentéisme masculin. Cette constatation ressort de nombreuses enquêtes. Nous nous bornerons à fournir quelques chiffres et à résumer les conclusions qui se dégagent de l'ensemble des travaux effectués dans ce domaine.

a) Statistiques et chiffres concernant l'absentéisme féminin

L'étude de l'absentéisme du personnel d'une Caisse Primaire de Sécurité Sociale (cf. chap. I) montre des différences entre le personnel masculin et féminin.

- en I952, le taux d'absentéisme des hommes est de 2,79, celui des femmes de 4,85
- en I960, les hommes ont un taux de 3,I6 et les femmes de I0,74.
- en I966, ces chiffres sont pour les hommes 6,27 et pour les femmes I0,55.

Les différences sont importantes même en tenant compte du fait que les absences pour maternité chez les femmes pèsent lourdement sur leur taux d'absentéisme.

Dans une entreprise textile (tabl. XIV et XV), les statistiques nous ont également révélé une disproportion d'absences entre les équipes composées en grande partie d'ouvrières et les équipes à majorité masculine.

TABLEAU XIV : Taux d'absentéisme du personnel ouvrier (manoeuvres qualifiés) dans une entreprise textile

- chaque catégorie est composée de deux équipes (équipes A et B)

HIVER		I965	I966	I967
- Equipes mixtes avec proportion sensiblement égale d'hommes et de femmes	A	20 %	22 %	22 %
	B	22 %	22 %	25 %
- Equipes à très forte majorité d'hommes	A	20 %	I4 %	20 %
	B	I7 %	I7 %	25 %
- Equipes à très forte majorité de femmes	A	20 %	25 %	22 %
	B	20 %	35 %	24 %

E T E		I965	I966	I967
Equipes mixtes	A	I8 %	I5 %	I7 %
	B	I5 %	I5 %	I7 %
Equipes d'hommes	A	5 %	8 %	I2 %
	B	I0 %	I2 %	I4 %
Equipes de femmes	A	I5 %	I5 %	I6 %
	B	8 %	I5 %	8 %

TABLEAU XV : Taux d'absentéisme d'une équipe d'ouvriers professionnels dans une entreprise textile

	I965	I966	I967
HIVER	I0 %	I2 %	I8 %
E T E	6 %	9 %	8 %

On peut faire, à propos de ces tableaux, trois remarques :

- l'importance de l'absentéisme féminin par rapport à l'absentéisme masculin
- l'incidence saisonnière
- les taux d'absences plus bas des ouvriers qualifiés

Les deux derniers facteurs seront étudiés ultérieurement.

L'U.I.M.M. (I06) a procédé à une vaste enquête sur l'absentéisme portant, entre autres, sur une période relativement courte de l'année I964. Cette étude a été faite dans 755 établissements de province groupant 492.000 personnes et sur 483 établissements de la région parisienne employant environ I76.000 travailleurs. L'enquête intéressait la seconde quinzaine de novembre I964.

TABLEAU XVI : Taux d'absentéisme (U.I.M.M. I06)

Personnel ouvrier masculin

Paris	6,42 %
Province	7,09 %

Personnel ouvrier féminin

Paris	I0,57 %
Province	II,89 %

Personnel mensuel masculin

Paris	3,54 %
Province	3,75 %

Personnel mensuel féminin

Paris	7,20 %
Province	7,03 %

De ces chiffres ressort également la différence importante entre le personnel masculin et le personnel féminin. Il est aussi à noter les taux plus bas du personnel mensuel par rapport au personnel ouvrier.

Dans la seconde partie de son enquête, l'U.I.M.M. (I06) communique des statistiques portant cette fois sur une année complète : I964.

Nous y retrouvons la forte proportion de l'absentéisme féminin.

TABLEAU XVII : Taux d'absentéisme de l'année I964 (U.I.M.M. I06)

Ouvriers	7,6 %
Ouvrières	I0,3 %
Personnel mensuel masculin	3,7 %
Personnel mensuel féminin	6,3 %

L'U.I.M.M. (I06) s'est également attachée à étudier ces taux d'absentéisme d'après les causes responsables des absences (congés payés exclus). Vus sousl'optique de l'absentéisme féminin, ces résultats nous montrent :

- un absentéisme pour maladie élevé dans toutes les catégories du personnel féminin (à noter pourtant l'absentéisme du personnel féminin mensuel plus faible que celui du personnel féminin ouvrier : ceci montre l'intervention d'un facteur que nous retrouverons plus loin : le niveau de qualification professionnelle)

- l'importance plus grande de l'absentéisme masculin par accidents du travail. Elle s'explique aisément par les risques auxquels est soumis cette catégorie de salariés.

	Maladie	Maternité	Accidents travail	Congés payés	Congés Familiaux	Autres causes avec Autorisation	Autres causes sans Autorisation	Total sans congés payés
PERSONNEL OUVRIER MASCULIN								
Paris	4,34	-	I,I3	0,I2	0,07	0,46	0,42	6,42
Province	4,66	-	I,38	I,54	0,I0	0,63	0,32	7,09
PERSONNEL OUVRIER FEMININ								
Paris	7,75	I,0I	0,65	0,08	0,05	0,67	0,44	I0,57
Province	8,I2	I,89	0,6I	0,2I	0,II	0,67	0,49	II,89
PERSONNEL MENSUEL MASCULIN								
Paris	2,90	-	0,I7	0,I2	0,I0	0,2I	0,I6	3,54
Province	3,I4	-	0,23	0,62	0,II	0,22	0,05	3,75
PERSONNEL MENSUEL FEMININ								
Paris	5,00	I,I5	0,I3	0,I7	0,08	0,44	0,40	7,20
Province	4,84	I,54	0,I2	0,47	0,07	0,37	0,09	7,03
TOUTES CATEGORIES								
Paris	4,46	0,26	0,68	0,I2	0,08	0,4I	0,35	6,25
Province	4,66	0,28	I,04	0,5I	0,I3	0,49	0,30	6,90

TABLEAU XVIII : Taux d' absentéisme par causes
(U.I.M.M. I06)

W. WILHELM , dans son important travail sur l'absentéisme (I02) a étudié numériquement l'absentéisme féminin en Allemagne sous trois aspects :

- la fréquence des absences par an dans d'importantes entreprises
  (Il note également la différence selon la qualification professionnelle)
- le nombre de journées d'absences au cours de l'année dans chaque groupe
- la durée moyenne d'une absence pour maladie

TABLEAU XIX : Fréquence des absences au cours d'une année (W. WILHELM)

Fréquence des absences	OUVRIERS		EMPLOYES	
	Hommes %	Femmes %	Hommes %	Femmes %
pas d'absence	20,4	8,9	2I,0	33,3
I-2 fois absents	42,9	26,7	63,2	33,3
3 - 4 fois absents	20,4	28,2	5,3	26,7
5 - 6 " "	I2,3	I6,9	I0,5	6,7
7 - 8 " "	2,0	7,3	-	-
9 -I0 " "	-	4,0	-	-
II-I5 " "	2,0	4,8	-	-
I6-20 " "	-	I,6	-	-
plus de 20	-	-	-	-
non chiffrés	-	I,6	-	-
TOTAL	I00,0	I00,0	I00,0	I00,0
Nombre de salariés	49	I24	I9	I5
Fréquence moyenne des absences	2,4	4,2	I,7	I,8

TABLEAU XX : Nombre de journées d'absence dans l'année
(W. WILHELM)

Nombre de jours d'absence	OUVRIERS		EMPLOYES	
	Hommes %	Femmes %	Hommes %	Femmes %
0 jour	20,4	8,9	2I,0	33,3
I - 5 jours	20,4	I3,7	42,2	I3,3
6 -I0 jours	I2,2	3,2	I0,5	20,0
II-20 jours	I6,4	20,2	I5,8	20,0
2I-30 jours	6,I	I0,5	I0,5	6,7
3I-50 jours	I0,2	I6,5	-	-
5I-70 jours	8,2	I2,I	-	6,7
7I-90 jours	6,I	6,5	-	-
9I-II0 "	-	3,2	-	-
III et plus	-	3,2	-	-
non chiffrés	-	I,6	-	-
TOTAL	I00,0	I00,0	I00,0	I00,0
Nombre de salariés	49	I24	I9	I5
Moyenne du nombre des jours d'absence pour chacun	I9,7	33,5	7,2	I0,8

TABLEAU XXI : Durée moyenne d'une absence pour maladie
(W. WILHELM)

Durée moyenne d'une absence	OUVRIERS		EMPLOYES	
	Hommes %	Femmes %	Hommes %	Femmes %
pas absents	20,4	8,9	2I,0	33,3
absents I jour	I8,4	I2,I	26,3	6,7
absents 2 jours	2,0	4,8	26,3	6,7
absents 3 jours	8,2	4,8	5,3	-
absents 4 jours	6,I	3,2	-	6,7
absents 5 - 9 jours	20,4	34,7	5,3	33,3
absents I0-I9 jours	I4,3	23,4	5,3	6,7
absents 20-39 jours	8,2	6,5	I0,5	6,7
absents 40-59 jours	2,0	-	-	-
absents 60 et plus	-	-	-	-
non chiffrés	-	I,6	-	-
TOTAL	I00,0	I00,0	I00,0	I00,0
Nombre de salariés	49	I24	I9	I5
Durée moyenne d'une absence pour maladie	9,6	9,2	6,6	8,6

De ces trois tableaux de WILHELM, on peut tirer les réflexions suivantes :

- l'absentéisme féminin est plus important que celui des hommes du fait de leur fréquence d'absences plus élevée
- mais la durée moyenne des absences par cas est sensiblement égale chez les hommes et les femmes

L'importance de l'absentéisme féminin est donc évident et rares sont ceux qui le minimisent. Il est intéressant de l'étudier aussi en fonction des deux facteurs suivants :

- l'âge
- la situation matrimoniale

Les chiffres extraits de "Les Femmes et le Travail" dans les Informations Sociales (I966) sont les suivants :

- maximum d'absentéisme entre 20 et24 ans où le taux atteint I8%. Ce chiffre correspond évidemment à l'âge où l'on trouve le plus de salariées féminines.
- en ce qui concerne leur état, matrimonial, les taux sont les suivants :

. célibataires	5,09 %
. mariées	8,79 %
. veuves	5,9I %
. divorcées	6,64 %

b) Facteurs prédisposant les femmes à l'absentéisme

Ces facteurs peuvent être répartis en :

- facteurs physiques
- facteurs familiaux
- facteurs sociaux et professionnels

- Facteurs physiques

Une remarque fondamentale doit être faite d'emblée : il faut tenir compte dans toutes les statistiques sur l'absentéisme féminin, de l'intervention d'un facteur très important : les grossesses. En effet, si l'on compte pour cas de grossesse un congé de

maternité de 6 semaines avant l'accouchement et de 8 semaines après, on imagine l'influence que les maternités auront sur le taux d'absentéisme parmi une population salariée féminine.

La question de savoir si l'organisme féminin présentait moins de résistance à l'encontre des agressions externes, a toujours préoccupé les médecins et spécialement les médecins du travail.

Pour J. BOURRET et J. MEHL (9), les affections intervenant dans la "capacité de travail" de la femme d'une façon prédominante sont :

. les affections rhumatismales

. les affections de l'appareil génito-urinaire

. les troubles neuro-psychiques

Les mêmes auteurs citent , d'autre part, les conclusions auxquelles ont abouti les études de H. HEISS et collaborateurs :

. "la femme est plus fréquemment malade que l'homme"

. "la femme est plus fréquemment admise à l'hôpital que l'homme, mais son séjour y est plus bref"

. la différence est peu importante entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la durée des incapacités de travail pour maladie : ceci ressort également des études statistiques, en général.

. enfin, dans la majorité des cas, les femmes ont une dépense énergétique très importante du fait de la somme de travail fournie au lieu de travail et surtout en dehors de ce dernier, c'est-à-dire au foyer : ainsi, une ouvrière, présente à son poste pendant 8 heures par jour, totalise un nombre effectif d'heures de travail de loin supérieur à ce chiffre si l'on compte le temps et les efforts consacrés à l'entretien de son foyer : tâches ménagères, soins à administrer aux enfants, etc... Que l'organisme féminin connaisse des défaillances plus fréquentes que l'organisme masculin paraît ainsi une chose évidente.

- Facteurs familiaux

Ceux-ci jouent certainement un rôle prépondérant dans l'absentéisme féminin. Dans toutes les statistiques, il ressort que le taux d'absentéisme des femmes ayant des enfants en bas âge est très important.

Ceci s'explique très facilement : les femmes qui d'une part ont des enfants, et qui d'autre part travaillent, sont obligées de placer ces derniers en nourrice ou de les confier à des proches parents, si elles en ont la possibilité. Dès qu'un enfant tombe malade, la mère sera obligée de le soigner car la crèche refusera de le prendre ou bien la mère n'aura pas confiance dans les aptitudes de garde-malade de la personne ordinairement chargée de l'enfant. La majorité des conventions collectives prévoient d'ailleurs pour ces éventualités un certain nombre de journées de congé auxquelles la mère a droit : mais ces journées sont numériquement insuffisantes et la plupart du temps non payées. Ainsi, par exemple, on trouve dans la "Convention collective nationale de travail du personnel des Banques" l'article 68 qui stipule :

"Il est accordé aux dames employées et aux gradées, suivant un bulletin médical, et sous réserve des vérifications d'usage, six jours par an de congé payé à plein traitement pour soigner leur enfant gravement malade".

"Des congés sans solde peuvent également leur être accordés pour soigner, en cas de maladie grave, leur enfant, ascendant ou conjoint..."

Il est évident que ces dispositions poussent certainement bon nombre de femmes à se faire porter malades dans le but de soigner leur enfant tout en ne perdant pas leur traitement ou leurs indemnités journalières. Or, comme souvent ces femmes sont suffisamment surmenées pour que des signes objectifs en témoignent, rien n'est plus facile pour elles que d'obtenir une incapacité temporaire pour maladie.

Des raisons du même ordre apparaissent dans un autre phénomène : la très grande fréquence des prolongations des congés de maternité ; ceci a été signalé à de nombreuses reprises, entre autres dans l'enquête sur l'absentéisme effectuée par l'U.I.M.M. (106). Ceci s'explique facilement par le fait que la mère, attachée à son nouveau-né, se séparera difficilement de celui-ci pour le confier à la garde d'une autre personne ; même si elle y consent, toujours à contre coeur, il faut qu'elle trouve quelqu'un : rappelons à ce titre la pénurie de crèches et autres organismes de ce genre dans notre pays.

- Facteurs sociaux et professionnels

La plupart du temps, le travail de la femme n'est qu'un appoint au budget familial. Lorsque ce dernier s'améliore par la promotion professionnelle de l'époux, par la possibilité pour ce dernier de subvenir seul aux besoins familiaux (cas des femmes d'étudiants ou de jeunes militaires, obligées de travailler durant le temps où le mari n'a aucune ressource financière), par la naissance d'enfants augmentant les allocations familiales, la femme arrête de travailler et revient à sa tâche primitive, la seule valable à ses yeux : s'occuper de la bonne marche de son foyer. Ceci, naturellement, rend la main d'oeuvre féminine très instable et la fait peu apprécier par certains chefs de personnel.

A l'opposé, l'absentéisme est très bas chez les femmes dont le métier, pour une raison ou une autre, représente la seule source de revenus pour leur famille. Elles jouent d'ailleurs à ce moment-là pratiquement le rôle de chef de famille.

Voilà les considérations principales qui se dégagent de l'absentéisme féminin. La connaissance des difficultés psychologiques, familiales et sociales y est capitale. Et c'est seulement en tentant de les supprimer qu'on pourrait éventuellement diminuer l'absentéisme de la femme.

B) Age

L'âge est un autre grand facteur déterminant de l'absentéisme. Ainsi, dans le cadre de son enquête, l'U.I.M.M. (I06) a posé cette question à l'ensemble des entreprises. Elle obtint II6 réponses. 54 établissements ont jugé cette influence de l'âge sur l'absentéisme minime mais que l'absentéisme décroît avec l'âge des ouvriers. W. WILHELM (I02) a obtenu de son côté, les résultats résumés dansles tableaux XXII et XXIII. (page suivante)

TABLEAU XXII : Fréquence de l'absentéisme d'après les groupes d'âge

A G E	OUVRIERS			Employés en général
	Hommes %	Femmes %	Total %	
en-dessous de 2I ans	-*	5,I	5,0	-
2I à 25 ans	2,6	3,8	3,5	2,6
26 à 30 ans	2,0	4,0	3,3	I,2
3I à 40 ans	3,2	4,8	4,3	I,9
4I à 50 ans	0,9	4,0	3,3	-
5I ans et plus	2,I	-	2,0	-

TABLEAU XXIII : Durée d'absence par cas par rapport à l'âge

A G E	OUVRIERS			
	Hommes %	Femmes %	Moyenne	
en-dessous de 2I ans	-*	7,9	7,9	
2I à 25 ans	6,8	8,5	8,I	8,0
26 à 30 ans	5,9	8,7	7,9	
3I à 40 ans	7,0	II,5	I0,I	
4I à 50 ans	26,7	8,4	II,5	II,4
5I ans et plus	24,5	-*	22,0	

* moins de 4 personnes

Il ressort de ces tableaux que les salariés plus jeunes manquent plus fréquemment que les âgés. Par contre, la durée des absences par cas est plus longue chez les salariés plus âgés. Les absences plus fréquentes chez les jeunes s'expliquent probablement par leurs difficultés à s'adapter au travail. De ce fait, n'importe quel motif bénin entraîne chez eux une inaptitude au travail, mais de très courte durée. Les auteurs allemands désignent ces cas par le terme de "Bagatellfälle".

La raison de la durée importante des absences chez les salariés âgés est évidente : les maladies atteignant la population âgée sont généralement des affections sérieuses. Enfin, l'augmentation souvent notée de l'absentéisme dans la période précédant la retraite peut s'expliquer par un fait singulier : le vieux travailleur qui, au cours de ses 30 ou 40 ans d'activité professionnelle, n'a jamais ou très rarement manqué et qui, d'autre part, a payé régulièrement ses cotisations aux assurances sociales pense avoir enfin le droit de profiter des bienfaits des Caisses de maladie et se sentirait frustré s'il ratait cette occasion ultime avant sa mise à la retraite définitive. Comme à cet âge, les intéressés présentent généralement un nombre suffisant de signes d'usure et de vieillissement organique, les médecins, en toute bonne foi, prescriront la mise au repos. Et très souvent, la répétition de ces arrêts de travail et leur longueur classeront bientôt le malade dans le régime "Maladie longue durée" qui ne sera que le stade préliminaire de l'invalidité totale permanente.

2) FACTEURS FAMILIAUX : SITUATION DE FAMILLE ET NOMBRE D'ENFANTS

Nous ne reviendrons plus sur l'absentéisme féminin traité plus haut.

Dans l'enquête de l'U.I.M.M. (I06), sur I30 entreprises, 50 n'ont pas relevé une influence particulière des facteurs familiaux sur leurs taux d'absentéisme. 4 entreprises notent une diminution de ces derniers avec l'accroissement des charges de famille. Enfin, 76 constatent le phénomène inverse : l'absentéisme augmente proportionnellement aux charges de famille : ainsi, il est très élevé chez les pères de 6 à I2 enfants. Ces établissements imputent la responsabilité aux Allocations Familiales qui seraient quelque fois plus élevées que le salaire des ouvriers les moins qualifiés.

W. WILHELM (tableaux XXIV, XXV) arrive à des conclusions sensiblement identiques. L'absentéisme des mariés est plus élevé que celui des célibataires, et enfin les salariés avec enfants manquent plus souvent et plus longtemps que ceux sans enfants.

TABLEAU XXIV : Fréquence de l'absentéisme d'après l'état familial

Etat familial	Ouvriers			Employés
	Hommes %	Femmes %	Moyenne %	moyenne %
célibataire	I,9	4,I	3,6	I,6
marié	2,6	4,6	3,9	I,7

TABLEAU XXV : Durée moyenne par cas d'absence selon nombre d'enfants

Nombre d'enfants	OUVRIERS		
	Hommes %	Femmes %	Moyenne %
0 enfant : célibataire	6,6	8,0	7,8
marié	I4,2 } 9,9	I0,9 } 9,2	II,6 } 9,4
I enfant	5,2	7,8	6,9
2 enfants	I0,9	I3,0	I2,3
3 - 5 enfants	I0,3	6,9	8,0

TABLEAU XXVI : Fréquence de l'absentéisme d'après le nombre d'enfants

Nombre d'enfants	OUVRIERS		
	Hommes %	Femmes %	Moyenne %
0 enfant : célibataire	I,9	3,8	3,4
marié	I,I	3,5	3,0
	I,5	3,7	3,2
I enfant	3,7 *	4,4	3,8
2 enfants	2,I	4,7	3,8
3 - 5 enfants	3,6	6,5	5,4

* dans ce groupe, il y a I sujet qui a manqué de II à I5 fois dans une année

3) FACTEURS PROFESSIONNELS ET PLUS PARTICULIEREMENT FACTEURS PSYCHOLOGIQUES AYANT POUR ORIGINE LE TRAVAIL MEME

Ces facteurs sont nombreux . Ils découlent de deux faits essentiels :

- situation de l'individu dans l'entreprise
- ambiance et organisation du travail

A) Situation de l'individu dans l'entreprise

a) Ancienneté dans l'entreprise

Cette notion rejoint de très près celle de l'âge du salarié. Ainsi on retrouve pratiquement dans toutes les enquêtes la même conclusion : au fur et à mesure que l'ancienneté augmente, le taux d'absentéisme et plus précisément la fréquence des absences diminuent.

Le tableau XXVII , d'après W. WILHELM (I02) indique le taux d'absentéisme des salariés d'une grande entreprise métallurgique allemande par rapport à la durée de leur appartenance à cette dernière.

TABLEAU XXVII : Taux d'absentéisme et ancienneté

Semestre d'entrée à l'entreprise	OUVRIERS		
	Fréquence	Nombre de jours par ouvrier	Durée par cas
Ier semestre I96I	4,8	35,8	7,6
2è semestre I960	3,3 — 4,3	26,I	9,6
Ier semestre I960	4,8	34,9	7,8
2è semestre I959	2,9 — 2,7	20,9	6,8
Ier semestre I959	2,5	27,6	7,5

b) Niveau de qualification - Sens des responsabilités - Désir d'avancement

Ces trois éléments interviennent d'une façon très nette dans l'absentéisme du salarié. En effet, 63 établissements sur les I22 qui ont répondu à cette question dans l'enquête menée par l'U.I.M.M. (I06) constatent que l'absentéisme décroît au fur et à mesure que le niveau de qualification augmente.

Les responsabilités professionnelles du travailleur jouent le même rôle déterminant sur le taux d'absentéisme. Plus un salarié a conscience du rôle indispensable qu'il doit remplir pour la bonne marche de l'entreprise, moins il sera enclin à manquer, d'autant plus qu'il a, la plupart du temps tout intérêt à se comporter de la sorte dans l'espoir d'une augmentation de gains et d'un avancement. Ceci revient à dire que plus un salarié est satisfait de son travail et des avantages qu'il en retire, moins il aura tendance à éviter ce dernier. Ce fait est unanimement reconnu. Ainsi, pour P. SARTIN (80), "l'absentéisme est souvent une manifestation de l'insatisfaction et du mécontentement".

B) Ambiance et organisation du travail

Ces deux éléments jouent également un rôle prépondérant dans l'incitation à l'absentéisme.

a) Conditions de trajet

Ces dernières interviennent différemment selon les auteurs. Pour certains, la longueur du trajet joue un rôle : plus cette dernière est importante, plus elle pourrait inciter à l'absentéisme surtout en mauvaise saison (le verglas faisant par exemple redouter un accident de trajet). Pour d'autres, l'éloignement du lieu de travail interviendrait plutôt dans la genèse des retards : à ce sujet, il est intéressant de citer un fait sur lequel notre attention fut attirée par divers responsables des services du personnel : le système de pointage horaire des arrivées et des départs des ouvriers inciterait certains d'entre eux à transformer un éventuel retard en une absence parée d'un motif quelconque ; ceci dans le but de ne pas perdre une fraction de leurs gains.

Enfin, bien que le rôle des conditions de trajet ne soit pas défini d'une façon exacte, il n'en reste pas moins vrai

que les usines qui ont prévu un système de ramassage des ouvriers par leur propre service de transport ont constaté une diminution de l'absentéisme.

b) Horaires de travail

L'influence des horaires est diversement appréciée par les responsables des entreprises. Dans l'enquête de l'U.I.M.M. (I06), sur I02 entreprises, 25 imputent une certaine responsabilité à l'organisation des horaires du travail et pensent que l'absentéisme croît parallèlement à l'augmentation des horaires de travail.

P. SARTIN (80) estime que l'influence des horaires de travail sur l'absentéisme est importante. Pour cette dernière, d'après ses constatations "l'absentéisme est nettement plus élevé avec la semaine de 5 jours et demi, qu'avec celle de 5 jours", et ceci notamment en ce qui concerne l'absentéisme féminin : en effet, une semaine de travail courte permet aux femmes de consacrer plus de temps à leurs occupations ménagères : ce fait rejoint d'ailleurs les conclusions du chapitre précédent sur l'absentéisme féminin.

BEHRENS (cité in 80) en Allemagne, a trouvé une corrélation entre l'absentéisme et les heures supplémentaires : il augmenterait parallèlement avec le nombre de ces dernières.

c) Nature du travail

Elle joue également un certain rôle dans l'absentéisme. Il va de soi qu'un travail monotone, trop automatisé,ne crée pas de sentiment de satisfaction professionnelle chez le salarié. Même si cette insatisfaction n'est pas directement génératrice d'absences, elle n'incite certainement pas le salarié à revenir à son travail après un congé, quel qu'il soit.

Les conditions matérielles du travail, l'aménagement des lieux, les règles d'hygiène, le sentiment de confort, interviennent également dans la genèse de l'absentéisme par l'influence qu'ils ont sur l'équilibre psychologique des ouvriers.

d) Relations humaines

- Avec les supérieurs

Leur rôle est reconnu. En effet, tensions et différends avec les supérieurs, créent chez les salariés, un sentiment de rancoeur préjudiciable au travail : ils auront beaucoup moins mauvaise conscience à s'absenter ou à prolonger leur absence dans ce cas-là : ce sera pour eux une certaine façon de se venger. Tous les chefs de personnel en ont fait l'expérience : combien de fois, après avoir réprimandé ou critiqué un de leurs subordonnés constatent-ils le lendemain son absence. Il est assez curieux de noter que ce genre d'absentéisme se retrouve avec une certaine prédilection chez les jeunes employées féminines.

M. OLTRAMARE (65) rapporte le cas suivant, illustrant bien cet état de choses : un ouvrier d'une usine au sein de laquelle l'auteur assume la fonction de médecin du travail, présentait des absences fréquentes pour maladie. Après enquête de l'auteur, il s'est avéré que cet homme était en antagonisme avec son contremaître. Sur le demande de M. OLTRAMARE, l'ouvrier fut muté à un autre poste, et, à partir de ce moment, les absences prirent fin.

- Au sein de l'équipe de travail

A ce niveau également, les relations humaines ont une incidence sur l'absentéisme. Ainsi, dans une équipe au sein de laquelle règne une bonne entente, le salarié tâchera, sinon d'éviter l'absence, du moins de l'écourter, dans le but de ne pas créer une surcharge de travail à ses collègues. Evidemment, si l'entente et la solidarité font place à des mésententes, le contraire se produira forcément.

W. WILHELM (102), après avoir dépouillé un nombre important de questionnaires qu'il avait fait remplir par les salariés d'une entreprise, est arrivé aux conclusions suivantes :

. les salariés sujets à des critiques fréquentes de la part de leurs supérieurs, ont une prédisposition plus importante à l'absentéisme. L'impression de justice et la fréquence de ces critiques jouent une part importante dans cette prédisposition.

. la mésentente dans une équipe favorise la tendance aux absences.

e) Mutations de poste

Ces dernières jouent également un rôle. Leur fréquence tend à augmenter l'absentéisme : ceci certainement par un manque d'adaptation au travail.

f) Importance et taille de l'entreprise

Les enquêteurs de l'U.I.M.M. (I06) ont constaté très souvent un absentéisme plus élevé dans les entreprises de grande importance. Ils considèrent que le travail en petits groupes de salariés entraîne un absentéisme moins élevé, ceci est dû probablement au sens des responsabilités de chaque membre. D'autre part, le travail en petits groupes permet certainement une surveillance plus stricte du fait qu'une absence ne passe pas inaperçue.

4) FACTEURS SOCIAUX ET ECONOMIQUES

a) Influence des lois sociales améliorant la situation économique des salariés

Ce problème est certainement celui qui donne lieu au plus grand nombre de controverses. Nous nous bornerons à citer quelques faits :

- En juillet I957, en Allemagne Fédérale, fut promulguée une loi sociale qui garantissait à l'ouvrier le paiement de 90% de son salaire brut en cas d'incapacité de travail à partir du 3ème jour de celle-ci. Si l'inaptitude excédait I4 jours, on remboursait au salarié les 2 jours de carence : par cette loi ("Lohnfortzahlungsgesetz") le statut de l'ouvrier, en cas de maladie, était assimilé à celui des employés. La mise en application de cette loi suscita de vives réactions et l'augmentation de l'absentéisme qui fut constatée par la suite, fut considérée par certains comme la conséquence directe de cette nouvelle législation. Par la suite, beaucoup d'enquêteurs ont étudié le problème ; pour bon

nombre d'entre eux, cette influence ne semblait pas aussi grande.

- En France, bon nombre de conventions collectives garantissent aux salariés plein traitement en cas d'arrêts de travail pour maladie. Il est extrêmement difficile d'établir jusqu'à quel point cette disposition joue un rôle dans la tendance à l'absentéisme.

- Il y a quelques années dans une petite ville de la région, le Conseil Municipal décida d'octroyer plein traitement aux ouvriers municipaux en cas d'inaptitude au travail pour maladie, comme cela était déjà le cas pour les employés de la municipalité. Dès que cette décision fut appliquée, l'absentéisme augmenta en flèche chez les bénéficiaires.

- La plupart des organismes, qui gèrent eux-mêmes les fonds entrant dans le paiement des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail de leur personnel, ont instauré des contrôles médicaux très stricts pour éviter les abus : citons pour mémoire le cas de la société nationale des Chemins de Fer Français.

- Enfin, cette influence se retrouve également dans le domaine des accidents de travail. La Sécurité Sociale verse, en cas d'inaptitude par maladie, des indemnités journalières au salarié, qui représentent approximativement 50% de son salaire brut. Par contre, en matière d'accidents du travail, ces indemnités sont plus importantes. Il en découle quelques conséquences unanimement reconnues par les responsables administratifs des Caisses de Sécurité Sociale et par les médecins du travail :

  . très souvent, l'ouvrier en arrêt de travail pour accident de travail, tentera par tous les moyens, et souvent y réussira, à obtenir une incapacité de la durée la plus longue possible, soit en majorant d'emblée les signes subjectifs de son accident de travail, soit en exagérant la persistance de séquelles éventuelles. Ces faits sont très souvent difficilement controlables.

  . d'autre part, des ouvriers essaient de faire passer quelquefois un avatar quelconque (même domestique) comme accidents de travail

. Enfin, et malheureusement, tout médecin en connaît des cas. Certains vont même jusqu'à se blesser volontairement (très légèrement, il va de soi) en vue de bénéficier d'un repos indemnisé.

L'existence d'avantages sociaux en cas d'inaptitudes au travail, surtout s'ils sont importants, crée donc certainement une prédisposition à l'absentéisme.

Comme autre fait illustrant ces conclusions, nous voudrions placer ici le problème très particulier des cures thermales. La Sécurité Sociale est assaillie par des demandes de cures et de placements en repos de plus en plus nombreuses. Il est hors de notre sujet de nous pencher sur l'aspect médical de ces cures mais leur aspect financier ne peut nous échapper. En effet, bon nombre de salariés, après un rapide calcul, parviennent à la conclusion suivante : en fixant la période de leur cure en dehors de leurs congés payés, ils en retirent deux p ofits : d'abord, ils jouissent d'un mois de vacances supplémentaire (sinon plus, si l'on compte les convalescences post-cures), d'autre part, pendant leur mois de cure, ils perçoivent les indemnités journalières, ce qui est d'autant plus intéressant si elles représentent un plein salaire. Il va de soi que la multiplication de tels faits, surtout parmi le personnel auquel les conventions collectives garantissent plein salaire en cas de maladies, inquiète sérieusement les chefs d'entreprises et surtout la Sécurité Sociale. Aussi, n'est-il pas étonnant de constater de vives réactions de la part de cette dernière : c'est ainsi que dans les nouvelles réformes de la Sécurité Sociale mises en application en automne 1967, il est prévu que les assurés sociaux ne toucheront plus d'indemnités journalières pendant leur cure. Cela aura certainement une conséquence directe : pour ne pas perdre un mois de salaire, les postulants aux cures se verront obligés d'y consacrer la durée de leurs congés payés. L'avenir nous montrera si ces mesures (vivement critiquées par les stations thermales) seront efficaces.

b) Influence indirecte de la Sécurité Sociale

Cette influence est inévitable . L'U.I.M.M. (106) a répertorié un certain nombre de faits précis qui la mettent en évidence. Ainsi dans un grand nombre d'entreprises, on a relevé une chute de l'absentéisme pendant les périodes de conflits entre le corps médical et la Sécurité Sociale : ceci avait pour conséquence une nette diminution du taux des rembour-

sements pour frais médicaux. Beaucoup d'entreprises ont également attiré l'attention sur un fait bien connu des Caisses et des médecins : la reprise du travail le mardi, dans le but de ne pas perdre le bénéfice des indemnités journalières du dimanche. Enfin, dans certains établissements où le niveau des salaires est très variable d'un mois à un autre, on a constaté un fait singulier : le mois qui suivait celui où le salaire était important, voyait une recrudescence notoire de l'absentéisme ; la cause en était simple: comme les indemnités journalières sont fixées d'après le salaire du mois précédent, leur montant se trouvait parfois plus élevé que le salaire du mois en cours. Ce même phénomène a été constaté chez les dockers.

c) Influence du "Marché du Travail"

Plus le salarié aura de facilités à trouver un poste, plus l'employeur aura de difficultés à recruter des employés, plus ces derniers seront prédisposés à s'absenter inconsidérément, puisque toute mesure disciplinaire dont la plus grave est le licenciement, pourra être difficilement appliquée en cas d'absentéisme abusif récidivant.

d) Autres influences : congés légaux - grèves - perceptions de la paye

L'U.I.M.M. (I06) s'est également attachée à étudier ces facteurs : les résultats ne sont pas particulièrement probants mais néanmoins certains faits intéressants ont été relevés :

- l'absentéisme connaîtrait une brusque augmentation dans les quelques jours qui précèdent une grève : ceci est peut-être dû au fait que certains ouvriers préfèrent se garantir par le versement des indemnités journalières, puisqu'ils ne sont pas payés pendant la durée d'une grève.
- l'absentéisme est bas le jour de la paye mais augmente le lendemain
- enfin, les congés légaux interviendraient également dans une certaine mesure
  Ainsi, P. SARTIN (80) constate "une poussée très nette d'absentéisme au retour des congés payés" qu'elle explique par une difficulté à se remettre au travail après un arrêt de ce dernier. D'autre part, elle fait état d'une baisse de l'absentéisme dans la période précédant de peu les congés. Elle pense que

ceci est dû à "l'heureux effet psychologique du repos espéré".

A notre avis, intervient aussi une autre raison, beaucoup plus cachée celle-là : dans certains organismes, le fait d'être absent dans les quelques jours qui précèdent les congés entraîne une suppression de salaire pendant la durée de ceux-ci. Ainsi, l'introduction du congé de 4 semaines exige la présence au poste de travail le jour précédant le congé annuel, ainsi que le premier jour de reprise de travail. L'U.I.M.M. (106) a également constaté ce fait. Les médecins se rendent compte d'ailleurs du phénomène par le nombre de malades qui désirent reprendre leur travail dans la semaine précédant les vacances.

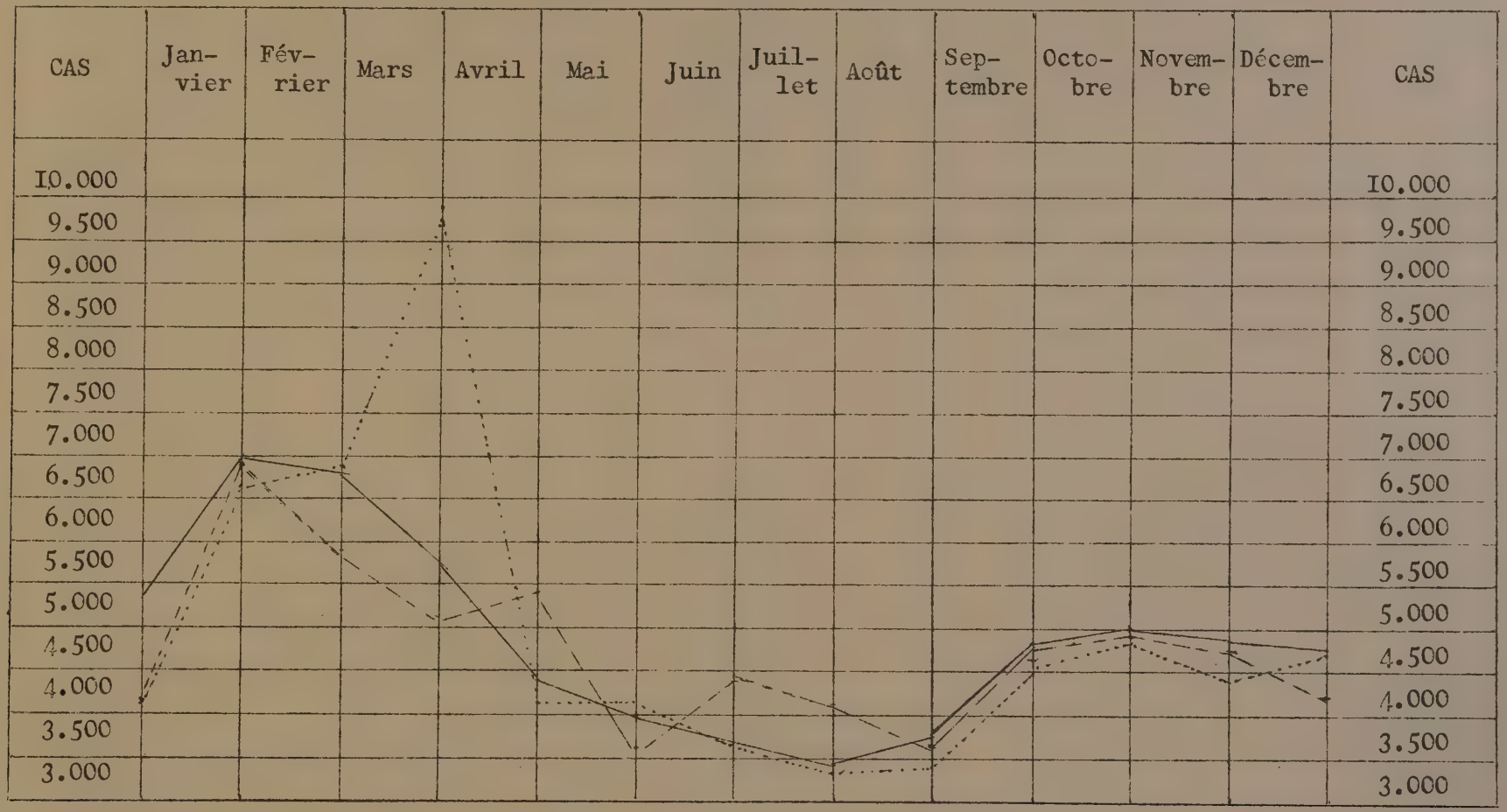
5) UN FACTEUR PARTICULIER : LES SAISONS

- L'incidence saisonnière sur l'absentéisme est bien connue.

- Les pics d'absentéisme en hiver correspondent aux périodes de recrudescence des affections O.R.L. et des voies respiratoires, entre autres, les épidémies de grippe. Le niveau bas de l'absentéisme en été découle des conditions climatiques meilleures pour la santé. La légère baisse de l'absentéisme en fin d'année peut certainement s'expliquer par les fêtes de cette période qui entraînent une augmentation des dépenses familiales et qui, d'autre part, concordent souvent avec des congés de courte durée.

- Un cas particulier mérite d'être évoqué : c'est celui de l'absentéisme saisonnier que connaissent les entreprises en zone rurale : l'augmentation de l'absentéisme pendant certaines périodes, est liée à des tâches extra-professionnelles (travaux des champs, jardinage, vendanges). Cet absentéisme existe toujours mais tend à disparaître.

La figure ci-après montre bien l'évolution de l'absentéisme saisonnier parmi les assurés sociaux de la circonscription de la Caisse Primaire de Mulhouse.



I964 — — — —
I965 .....
I966 ————

FIGURE : Evolution de la morbidité saisonnière

Tous ces faits sont bien connus par les chefs d'entreprises et les chefs du personnel. La gravité des répercussions économiques de l'absentéisme a depuis quelque temps déjà, incité le patronat à chercher des solutions et à tenter de les mettre en application. Ces mesures peuvent facilement être classées en deux catégories :

- les sanctions disciplinaires
- les primes d'assiduité

. Les sanctions disciplinaires sont diverses : elles vont du simple avertissement, en passant par la mutation à un poste moins rémunérateur, au licenciement. Ces mesures se révèlent souvent peu efficaces car elles peuvent difficilement être appliquées dans une grande proportion de cas : en effet, comme nous l'avons vu précédemment, les possibilités du "Marché du Travail" actuel sont telles que ce ne sera pas l'employé congédié qui sera en difficulté pour trouver un nouvel emploi ; mais l'employeur, par contre, trouvera très difficilement du personnel qualifié de remplacement.

. Les primes d'assiduité semblent avoir plus de succès. Mais pour que celles-ci soient efficaces, elles doivent être relativement importantes. Or, ceci entraîne une dépense supplémentaire que bon nombre d'entreprises peuvent difficilement supporter actuellement.

C O N C L U S I O N

L'étude de l'absentéisme révèle toute sa complexité puisqu'elle fait intervenir non seulement la médecine, mais l'économie, la psychologie, la sociologie.

- L'absentéisme est un problème propre aux pays très industrialisés, ayant un certain degré de prospérité et surtout dont les lois sociales garantissent la sécurité des salariés en cas d'incapacité de travail.

- Le terme d'absentéisme désigne pour la plupart des auteurs, le fait d'être absent au travail. Certains distinguent ainsi un absentéisme global réunissant toutes les causes d'absence et un absentéisme médical dont l'origine est la maladie.

- L'étude statistique de l'absentéisme portant sur deux pays voisins, la France et l'Allemagne de l'Ouest, objective l'existence du problème de l'absentéisme et surtout une tendance alarmante à l'augmentation de ce dernier.

- L'étude de la morbidité permet de distinguer l'absentéisme résultant d'affections de longue durée et l'absentéisme de courte durée : la durée moyenne d'une absence de cette catégorie oscille autour d'une dizaine de jours. Les absences de longue durée représentent une part minime des absences en général.

- Les affections responsables de la majorité des absences prolongées sont :

a) la tuberculose
b) les affections psychiatriques
c) les néoformations malignes
d) les affections cardio-vasculaires.

- Les maladies entraînant des absences de courte durée sont très diverses mais, dans toutes les études, les affections O.R.L. et respiratoires représentent la proportion la plus importante.

- Les troubles psychiatriques mineurs et les affections

psychosomatiques interviennent de plus en plus dans la genèse de l'absentéisme par maladie.

- Le rapport entre l'alcoolisme et l'absentéisme ressort d'une façon formelle de l'étude des statistiques.

- La position des médecins par rapport à l'absentéisme est complexe et donne sujet à de nombreuses controverses.

- L'augmentation de l'absentéisme par maladie résulte de quatre facteurs :

a) l'augmentation de la longévité
b) la complexité de la pratique médicale actuelle
c) la naissance et le développement d'une pathologie nouvelle : les affections psycho-somatiques et les troubles psychiatriques mineurs
d) l'évolution des exigences des malades

- L'existence d'un absentéisme "abusif" n'est pas contestable . Les médecins sont particulièrement désarmés dans la détection de ce dernier.

- Ce rôle a été confié à une catégorie particulière de praticiens : les médecins-conseils des Caisses d'Assurances sociales. Le contrôle médical de l'absentéisme se heurte actuellement à un grand nombre d'obstacles qui réduisent considérablement son efficacité : organisation du contrôle médical en lui-même, la pénurie du personnel médical et administratif, l'insuffisance de préparation du praticien-conseil à sa tâche administrative, le manque de liaisons efficaces entre les médecins-traitants et les médecins-conseils. Une solution serait éventuellement la transformation du contrôle systématique actuel en un contrôle sélectif plus souple.

- Parmi les facteurs non médicaux de l'absentéisme, il faut distinguer :

a) des facteurs individuels qui sont le sexe et l'âge. L'importance de l'absentéisme féminin est démontrée dans toutes les enquêtes ; ceci est dû en partie à la double activité de la femme : profession et charges familiales. L'âge est un facteur intervenant d'une façon relative dans la genèse de l'absentéisme : diminution du nombre des absences avec l'âge, mais augmentation de leur durée

b) des facteurs familiaux : la situation de famille et le nombre d'enfants. Sur ce point, toutes les enquêtes concordent : les salariés mariés manquent plus souvent que les célibataires. Parmi les salariés mariés, ceux qui ont des enfants, se

distinguent par un absentéisme plus élevé.

c) des facteurs professionnels et plus particulièrement des facteurs psychologiques ayant pour origine le travail même : l'ancienneté dans l'entreprise, le niveau de qualification le sens des responsabilités, le désir d'avancement, tendent à abaisser les taux d'absentéisme. Les conditions de trajet, les horaires de travail, la nature de celui-ci, les relations du salarié avec ses supérieurs et ses camarades de travail, les mutations de poste, l'importance et la taille de l'entreprise, jouent également un rôle déterminant dans la genèse de l'absentéisme.

d) les facteurs sociaux et économiques. L'influence des lois sociales, de la Sécurité Sociale, du "Marché du Travail", des congés légaux, des grèves et des perceptions de paye, interviennent incontestablement dans l'absentéisme.

e) enfin, les saisons influent également sur l'absentéisme, l'hiver entraînant une augmentation remarquable de ce dernier et l'été le réduisant considérablement.

L'absentéisme crée une série de problèmes difficiles d'autant plus que très probablement ce dernier sera encore amené à subir une importante augmentation. Malgré tous les efforts déjà tentés en ce domaine, on se heurte encore à des obstacles qui paraissent souvent insurmontables. La première condition d'une lutte efficace réside, comme en toute chose, dans la coopération sans réserves de tous les spécialistes des divers domaines intéressés.

VU
STRASBOURG, le I2 Décembre I967
Le PRESIDENT DE THESE
signé : A.J. CHAUMONT

VU ET APPROUVE
STRASBOURG, le I2 Décembre I967
Le Doyen de la Faculté de Médecine
signé : J. CLAVERT

R E F E R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

I BALDI A. Osservazioni statistische sull assenteismo davuto ad infortunio (Observations statistiques sur l'absentéisme dû aux accidents du travail). Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro - volume second. Naples I3-I9 Septembre I954

2 BALLERIN M. O.R.L. et absentéisme. Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954 vol. sec. p. 239

3 BARTALINI E., BARSOTTI M., INGEGNEROS L'assenteismo per malattia ed in fortunio fra i lavoratori di un grande complesso industriale (l'Absentéisme pour maladie et accidents du travail dans un grand centre industriel) Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954. Vol. sec. p. 276

4 BEHREND H. L'absentéisme dans l'industrie. Revue internationale du Travail. Février I959

5 BEHRENS R. Uber die Auswirkung der Uberstunden auf den Krankenstand und den Gesundheitzustand einer Industrie. Belegschaft (Influence des heures du travail supplémentaires sur l'absentéisme pour maladies et accidents et sur l'état de santé du personnel en milieu industriel). Zentralblatt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz I957). 7. n°4 p. 8I-85

6 BILLIERES M.P. et Mme GREZES-RUEFF F.A. Absentéisme dans une manufacture des Tabacs. Arch. Mal. Prof. I956, I7, n°6

7 BIONDI S. L'assenteismo in un gruppo di stabilimenti dell industria tessile considerato per sesso, eta, stato civile, mansiani sullte (L'absentéisme dans un groupe d'établissements de l'industrie textile en considérant le sexe,

l'âge, et les fonctions exercées).
Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954, vol. sec. p. 292

8 BLUMBERG M., COFFIN J.C.

A syllabus on work - absence (Abrégé sur l'absentéisme. A.M.A. (Archives of industrial Health) I956, I3, n° I, p. 55

9 BOURRET J., MEHL J.

Aspects médicaux du travail féminin dans l'industrie (VIIIè Journées nationales de Médecine du Travail - LILLE, septembre I964) Arch. Mal. Prof. I966, 27, n°I-2, p. I-42

I0 BRODMANN Absenteeism, working efficiency and emotional maladjustment (absentéisme, efficacité au travail et inadaptation psychologique) Industrial Medicine I945, vol. I4

II BROCKSHIRE Absenteism (Absentéisme).Institute of Industrial Relations University of California, Los Angeles I960

I2 BROWN Psychologie der industriellen Leistung (psychologie dans l'activité industrielle) Hamburg I956

I3 BURGER G.C.E., FORTUIN G.J., OLANDA

International statistics on sickness - absenteeism - (statistiques internationdes de l'absentéisme - maladie). Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954, vol. sec. p. 2I8

I4 CAVALIE M.B. Le contrôle médical de la reprise du travail. Liaisons de la Médecine du Travail avec la Sécurité Sociale et la Médecine des soins. Arch. Mal. Prof. I958, I9, n°2

I5 CHAUMONT A.J. Absentéisme chez les travailleurs en 3/8 Exposé aux Journées Nat. Méd. préventive et Sociale. Strasbourg 7 octobre I966, à paraître

I6 COMAMALA-MALO A.
Absentéisme de la femme qui travaille. Réunion commune de Société régionale de médecine et d'hygiène du travail de Montpellier et de l'Association de Médecine et d'hygiène du travail de Barcelone. Barcelone I8-I9 Mai I962, Arch. Mal. Prof. I963, 24, n°6

I7 DERVILLEE, CHANAUD, LAZARINI
Quelques considérations d'ordre général sur l'absentéisme féminin. Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954 vol. sec. p. 286

I8 DERVILLEE, DUHAMEL, ARIS-BROSOU
Application de la méthode statistique à l'étude de l'absentéisme dans certains établissements industriels. Arch. Mal. Prof. I957, I8, n°5, p. 6I4

I9 DERVILLEE, LEQUERIER
Réflexions sur une statistique concernant l'absentéisme féminin dans une usine de la région bordelaise. Arch. Mal. Prof. I955, I6, n°2

20 DESOILLE H. Alcoolisme et Médecine du Travail - Conséquences : morbidité et absentéisme in cours de Médecine du Travail I957 - 59, tome II p. 372

2I DOCK P. Evolution de la tuberculose dans une entreprise industrielle portant sur 2I années. Thèse de doctorat en médecine, Strasbourg I967

22 DROR K. (Haifa - Israël)
Absenteeism in Industry in Israel (Absentéisme dans l'industrie en Israël). Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954, vol. sec. p. 272

23 DUJOL R. Evolution de l'absentéisme - accident dans une entreprise de textile : intérêt pratique de cette étude. Arch. Mal. Prof. I965, 24 n°6

24 ELLIOTT A.G.P., SHILLING R.S.F.
The social background of sickness - absence An industrial study (La cause sociale de l'absentéisme maladie - étude industrielle) in Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954, vol. sec. p. 22I

25 ENTERLINE P. Sick-/bsence for Men and Women by marital status (absentéisme par maladie chez les hommes et chez les femmes d'après leur état marital)- Archives of environmental Health I964 - vol. 8

26 ENTERLINE P. Social causes of sick absence (causes sociales de l'absentéisme par maladie) Archives of environmental Health I966 - I2- p. 467-473

27 FANUCCHI F., INGEGNIEROS S.
L'assenteismo per malattia nella sede centrale di un complesso industriale (L'absentéisme pour maladies au siège social d'un ensemble d'entreprises). Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954, vol.sec. p. 24I

28 FEIL A. L'absentéisme, maladie du jour Med. d'Usine I947, p. 355

29 FEIL A. L'absentéisme dans les usines françaises. Arch. Mal. Prof. I949, IO, n° I

30 FEIL A. L'absentéisme en Grande-Bretagne. Med. d'Usine I950, p. I9

3I FORSSMANN S. Symposium sur l'absentéisme. Aperçu général et problèmes importants d'actualité. Congrès Méd. du Trav. sept. I954, Naples, vol. sec. p. 337

32 FORTUIN G.J. The snapshot method in sick-absence statistics (méthode de l'instantané dans les statistiques sur l'absentéisme par maladie) I3è Internat. Congress, New-York, I960, p.258

33 FRANCOIS R.Ch. Remarques sur l'absentéisme-maladie dans un service national (électricité et gaz de France) Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954 vol. sec. p.I98

34 GAFAFER W.M. The problems of absenteism among industrial workers (Les problèmes de l'absentéisme parmi les ouvriers des industries). Clinics I943, 2, p. 599-6I4

35 GANDOW Psycho-hygiene aus der Sicht des Werksarztes (Hygiène psychologique sous l'angle du médecin du travail). Gesundheitssicherung. Lüneburg. Heft 5, I956

36 GILLON J.J. Absentéisme et Présentéisme . Association de médecine urbaine IV Congrès national Mai I965
Concours Médical I965 - 87 - n° 39
Concours Médical I965 - 87 - n° 40

37 GODARD J., DELABROISE Ulcères digestifs et absentéisme dans la sidérurgie. Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954, vol. sec. p. 239

38 GROBER — Die Zivilisationskrankheiten (Les maladies de la civilisation). Die Medizinische Welt I962, 29

39 GROTE — Gesundheit und Zivilisation (Santé et Civilisation). Hippokrates I956, I7

40 GUNTHER — Gründe der Arbeitsunfäligkeit (causes de l'incapacité de travail) Bundesarbeitsblatt I962- I2

4I GUYMER R.F. — An analysis of sickness absenteism in a bank (étude de l'absentéisme-maladie dans une banque) I3è Intern. Congress New-York I960 p. 270

42 HANQUET ADY — Enquête sur l'absentéisme. Le Méd. d'Usine Janvier I949, p. 34

43 HEINEMANN — Der Krankenstand (L'absentéisme par maladie) Die Sozialversicherung Juin I956

44 HELIAS J. — Difficultés rencontrées lors des examens de reprise du travail (vues par un médecin inter-entreprises) Soc. Med. du Trav. de Normandie 28 Janv. I967, Arch. Mal. Prof. I967, 28, n° 9

45 HILL J.M.M., TRIST E.L. — Industrial accidents -sickness and other absences (A.T. maladies professionnelles et autres causes d'absentéisme). TAVISTOCK PAMPHLET N°4, Tavistock publications, Londres 6 décembre I962

46 HINKLE, PLUMMER — L'absentéisme dans l'industrie. Med. D'Usine I954, n° 9, p. 473

47 ISAMBERT-JAMATI V. — Les facteurs familiaux et professionnels de l'absentéisme féminin. Revue française du Travail, I959, n°I

48 ISAMBERT - JAMATI V.
Adaptation au travail et niveau de qualification des femmes salariées. Revue française du Sociologue I960, n°I

49 ISAMBERT - JAMATI V.
L'absentéisme des salariées en milieu industriel. Revue Internationale de Travail I962 85 , n°3, p. 27I-284

50 KAHNE H.R., RYDER C.M., SNEGIREF F.L.S.
Age and absenteeism (Age et absentéisme) A.M.A. I957, I5, 2, p. I34 (Archives of industrial Health)

5I KEATINELLE G.F. - BOX A.
Accident, sickness, and absence records : a comparative study of two matched groups (Dossiers d'accidents, de maladie et d'absentéisme : étude comparative de groupes assortis) British Journal of industrial Safety I962 5, n° 62, p. 2I7-25I

52 KELLNER W. Betriebsklima und Krankenstand (l'ambiance de travail et l'absentéisme par maladie) Zentralblatt für Arbeitswissenschaft I959, 8/9

53 KOHLHAUSEN Der Krankenstand, Erkenntnisse und Folgerungen (l'absentéisme par maladie, notions et conséquences). Die Krankenversicherung, I962, 3

54 LARRARD M.J. L'absentéisme , essai de définition logique Société de Médecine du Travail de Bordeaux Séance du I8 Janvier I957, Arch. Mal. Prof. I957, I8, n°5

55 LE BRETON P. L'absentéisme dans une usine nouvelle. Correlations "morbidité-pathologie" et "absentéisme-conditions du travail" aux IXè Journées Nationales de Med. du Trav. Le Havre Mai I966 Arch. Mal. Prof. I967, 28, n° I - 2

56 LEMOINE L'absentéisme à la Direction des Etudes et Fabrications d'Armement. Moyens mis en oeuvre pour le réduire. Résultats obtenus. Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro, I954, vol. sec. p. 279

57 MALAN A survey on work absenteeism in a Swiss factory (Etude de l'absentéisme dans une usine suisse). Revue Med. Prev. suisse I955 n° 6

58 MARCOUX F., METZ B. Alcoolisation et accidents du travail. La Revue de l'Alcoolisme I960, 6, n° 3, p.53I-542

59 MARTI Th. (Genève) Absentéisme et Absentéité. Praxis I957,n°46

60 MICHEL M., THARANNE J., VOISIN J. Absentéisme des travailleurs est-il vraiment le reflet de leur santé ? Juin I963, résumé in Presse Médicale I963, 7I, n° 4I

6I MOILLIE M. La position du médecin du travail devant l'absentéisme entraîné par des accidents bénins. Arch. Mal. Prof. I955, I6, n°I

62 NAYLO, VICENT Predicting female absenteeism (Prévision de l'absentéisme féminin) Personnal Psychology I959, vol. I2

63 NOLAND Worker attitudes and industrial absenteeism, a statistical appreisal (attitudes de l'ouvrier et l'absentéisme industriel ; une appréciation statistique). American Sociological Review I945, vol. I0

64 NORO L.(Finlande) Some observations on sickness absenteeism in Finland (De quelques observations sur l'absentéisme par maladie in Finlande. Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro, I954, vol. sec. p. 2II

65 OLTRAMARE M. Le Médecin du Travail et l'absentéisme. à paraître dans Revue médicale de la Suisse Romande I967

66 PAPAROPOLI G. Sull assenteismo tra addetti alla nettezza urbana (L'absentéisme des ouvriers de la voirie). Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954, vol. sec. p. 286

67 PAUL Unfall und Krankheit in ihrer Bedeutung für den Kohlenbergban (Accident et maladie : leur signification pour les mines de charbon) Zentralblatt für Arbeitswissenschaft I954, 8 - 9

68 PAUL Zum Verständnis seelischen Ausweichreaktionen in die Krankheit (pour la compréhension des réactions de fuite psychologique dans la maladie) Psychologie und Praxis I958, 2

69 PENNINO Sull assenteismo per infortuni sul lavoro in un industria naval metal meccanica (absenteisme par accident du travail dans une industrie navale) Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954 vol. sec. p. 292

70 PICARD M. Alcoolisme et absentéisme : contribution à l'étude de l'incidence de l'éthylisme sur la fréquence et la durée des maladies Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954, vol. sec. p. 3I2

7I PIERLOOT, GELISSEN, REYNDOERS Psychosoziale Faktoren bei chronischem Arbeitsausfall wegen Krankheit in der Industrie (facteurs psycho-sociaux de l'absentéisme chronique par maladie dans l'industrie. Psycho. som. Med. I962, 8

72 PLUMMER N., HINKLE L.E. Sickness absenteeism (absentéisme par maladie) A.M.A. (Arch. ind. Health) I955, 3, p.2I8

73 PROSPERI G. Il medico di fabbrica e l'assenteismo nell industria (Medecin d'usine et absentéisme dans l'industrie) Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954, vol. sec. p. 229

74 PROST J. Les causes d'absence pour raisons de santé en milieu industriel. Arch. Mal. Prof. I95I, I2, n°2

75 REY P. L'absentéisme dans 8 fabriques d'horlogerie de Suisse. Chefs I960, 5, I5-24

76 REY P. L'absentéisme féminin
Chefs I960, 6, 4-6

77 ROTTA C., FIANDACA S., BRIGATTI L.
L'andamento dell assenteismo in un complesso industriale. Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954, vol. sec. p. 306

78 SANGRO P. Estudios sobre absenteismo femenino (Recherches sur l'absentéisme féminin). Medicina y seguridad del trabajo I962, I0, n° 40 p. 36-42

79 SARTIN P. Le rendement, l'homme et l'entreprise
Ed. Hachette Paris I96I

80 SARTIN P. Les maladies de la production : l'absentéisme. Direction du personnel, Juin I967 n° I07

8I SCHIEFER Die kranken Arbeiter Erfahrungen mit dem Lohnfortzahlungsgesetz (Les ouvriers malades, les rapports avec la loi prévoyant la continuité du paiement du salaire en cas de maladie). Frankfurter Allgemeine Zeitung du 24.3.I958

82 SCHULTZ A. Le coût de l'alcoolisme dans le Bas-Rhin Thèse de doctorat en médecine - Strasbourg I967

83 SHEPHARD, WALKER Absence from work in relation to wage level and family responsability (Absentéisme et ses rapports avec l'état familial et les responsabilités qui en découlent) British Journal of industrial Medicine I958, I5

84 SIBILLE M. Problemes médicaux posés par le travail féminin. Thèse de doctorat en médecine, Strasbourg I967

85 SIEURIN, GILLON Etude de l'absentéisme. Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954 vol. sec. p. I94

86 SOMMER J. Influence des mutations climatiques sur l'absentéisme. Arch. Mal. Prof. I963, 24, n° I-2-3

87 SOPP Zur Soziologie des Krankenstandes (étude sociologique de l'absentéisme par maladie) Münchener Medizinische Wochenschrift I958, I3

88 SOPP Soziologie des Krankenstandes (étude sociologique de l'absentéisme par maladie) Münchener Medizinische Wochenschrift I955, 37 I958, I00

89 SOPP Beitrag zur Erforschung Arbeitsbedingter Krankheitsursachen und betriebsbedingter Gründe der Frühinvalidität (contribution à l'étude des causes de maladie en rapport avec le travail et des causes d'invalidité précoce au sein de l'entreprise) Frankfurt/M. I959

90 SPIEGELHALTER, SCHNABEL
Die Struktur des Krankenstandes in der Industrie (La structure de l'absentéisme par maladie dans l'industrie). Der Arbeitgeber I962, n° I0

9I STERN
Lebenskonflikte als Krankheitsursachen. Eine Einführung in die psychosomatische Medizin (Les conflits dans la vie comme causes de maladie. Introduction à la médecine psychosomatique). Zürich I952

92 STIRN H., PAUL H.
Der Aussagewert des Krankenstandes (l'interprétation de l'absentéisme par maladie) Beiheft zum Zentralblatt für Arbeitswissenschaft Bartmann - Verlag G.M.B.H., FRECHEN/KOLN I963

93 TAYLOR P.J.
Individual variations in sickness - absence (variations individuelles dans l'absentéisme par maladie). British J. Industr. Med. I967 24, p. I69-I77

94 THARANNE M.J.
La signification de l'absentéisme des travailleurs. Vie Médicale I964, 5I, n° 45

95 THEVENARD P.
L'absentéisme à l'usine. Med. d'usine I945 n° 6, page I43

96 THIVOLET J., SOHIER R.
L'absentéisme dans une entreprise industrielle. Incidence particulière des infections non tuberculeuses des voies respiratoires. Revue lyonnaise I957, 6, n° I4, p. 839

97 TRAVAIL DES FEMMES EN FRANCE (Le)
Informations - Actualités - Santé Publique et Population Janvier-mai I964

98 VASSEUR P. L'adaptation professionnelle dans ses rapports avec l'absentéisme pour blessures. Revue Med. Minière I949, n° 7, p. 36

99 WADE L. A " relations" approach to sickness absenteiism and other employer problems (les relations humaines et les problèmes de l'emploi dans la genèse de l'absentéisme par maladie). Atti XI Congresso internazionale di Medicina del Lavoro I954

I00 WAGRET C., BOURRET J., BOURGUIGNON A. Fatigue nerveuse et ruthme de travail dans les entreprises de petite mécanique. Arch. Mal. Prof. I967, 28, n° 9

I0I WEIL C. Absentéisme (Rapport de l'auteur aux 6èmes Journées de Santé Mentale Nov. I960) Arch. Mal. Prof. I96I, 22, n° I2

I02 WILHELM W. Fluktuation und Absentismus (fluctuation et absentéisme). Inaugural Dissertation zur Erlangung der Werde eines Doktors der Wirtschaftswissenschaften. I964

I03 WILSON V.A. The control of absenteeism. The role of the medical department (Lutte contre l'absentéisme, rôle du service médical). Archives of environ-mental Health I96I, 3, n° I p. 57-62

I04 WINKLER K.O. Arbeitshygienische Studie über werdente Mütter in einem Industriebetrieb (étude d'hygiène du travail concernant les femmes enceintes dans un établissement industriel) Zentralblatt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz I963, I3, n°II, p. 254-262

RAPPORTS ET PUBLICATIONS

I05 ABSENTEISME (Statistiques et action de la Sécurité Sociale) J.O. Debats AN I957, n° 36, in Arch. Mal. Prof. I957, I8 n° 4

I06 ENQUETE SUR L'ABSENTEISME I965 : Union des industries métallurgiques et minières (U.I.M.M.)

I07 FEMMES ET LE TRAVAIL (LES). "Informations sociales" Revue mensuelle de l'action sociale, du travail social et des collectivités UNCAF I966 n° I

I08 INCIDENCE DE LA MORBIDITE ET DE L'ABSENTEISME SUR LA PRODUCTIVITE.
J.O. Débats AN IO Nov. I95I, in Arch. Mal. Prof. I952, I3, n° 4

I09 NOTES STATISTIQUES DE LA SECURITE SOCIALE (Ministère des Affaires Sociales - Direction Générale de la Sécurité Sociale) Statistiques de morbidité année I963

II0 NOTES ET ETUDES DOCUMENTAIRES
Rapport du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale sur Fonctionnement et organisation du contrôle médical 9 mai I964, n° 3088. Documentation Française.

III RAPPORT D'ACTIVITE I965
présenté par Caisse Primaire de Sécurité Sociale de Mulhouse

II2 RAPPORT D'ACTIVITE I966
présenté par Caisse Primaire de Sécurité Sociale de Mulhouse

II3 RECUEIL DES TEXTES DOCUMENTAIRES A L'USAGE DES PRATICIENS-CONSEILS